Informe sobre

migración y derecho a la salud en México



Informe sobre migración y derecho a la salud en México

Grupo de trabajo sobre Migraciones (GTM-México), Espacio DESC, Capítulo Mexicano de la Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo (PIDHDD)

Informe sobre migración y derecho a la salud en México
GTM-México

Coordinación e Investigación: Rita Marcela Robles Benítez (Coordinadora del Área de Defensa del Centro de Investigación y Promoción Social, A.C.)

Colaboración y Revisión: Areli Sandoval (DECA Equipo Pueblo), María Silvia Emanuelli (Coalición Internacional para el Hábitat, Oficina para América Latina HIC-AL), Alicia Mesa (Centro de Estudios Sociales y Culturales Antonio de Montesinos), Doctora Gloria Ramírez (Cátedra UNESCO de Derechos Humanos de la Universidad Nacional Autónoma de México), Mayra López Pineda (Espacio DESC)

Equipo de Investigación: Eva Reyes, Centro de Estudios Sociales y Culturales Antonio de Montesinos (CAM), Rosalba Rivera, Centro de Estudios Sociales y Culturales Antonio de Montesinos (CAM), Alicia Carriquiriboide, Food First International Action Network (FIAN-México), Rita Marcela Robles Benítez, Centro de Investigación y Promoción Social (CIPROSOC)

Diseño: Adrian González Urusquieta

México, D.F., julio de 2011.

Esta publicación fue posible gracias al apoyo de OXFAM Novib (Holanda), Hivos (Holanda), ICCO (Holanda)



Contenido

Agradecimientos

El Informe sobre migración y derecho a la salud en México, elaborado por el Grupo de Trabajo sobre Migraciones del Espacio DESC-capítulo mexicano de la Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo (GTM-México) busca aportar desde la óptica de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESCA) a la documentación, denuncia y recomendaciones sobre la situación de las y los migrantes indocumentados durante su recorrido por el territorio mexicano para alcanzar la frontera norte en busca de lograr mejores condiciones de vida respecto de las que tienen en sus países de origen. Siendo los DESCA, más que el tema migración, el área de especialidad de las organizaciones del Espacio DESC, buscamos construir este informe en diálogo con aquellas organizaciones hermanas que dedican su trabajo a la defensa de los derechos de las y los migrantes, y quienes desde su experiencia aportaron significativamente a este proyecto. En este sentido, agradecemos a todas las personas integrantes de las siguientes organizaciones:

- **Coahuila:** Casa del Migrante de Saltillo.
- **Chiapas:** : Casa del Migrante-Albergue Belén y Albergue Jesús del Buen Pastor del Pobre y del Migrante (ambos en Tapachula).
- **Estado de México:** Casa del Migrante San Juan Diego, especialmente a Guadalupe Calzada, Mariano Yarza, Patricia Cordero e Irma A. González
- **Oaxaca:** Casa del Buen Samaritano en la Ciudad de Oaxaca, Casa del Migrante "Hermanos del Camino" en Ixtepec, Casa del Migrante de Matías Romero.
- **San Luis Potosí:** Casa de la Caridad Cristiana (Cáritas); Respuesta Alternativa, A.C.; Servicio de Derechos Humanos y Desarrollo Comunitario.
- **Zacatecas:** El Centro de los Derechos del Migrante, Inc.

Asimismo agradecemos a otras organizaciones del Espacio DESC- capítulo mexicano de la PIDHDD, que apoyaron en la revisión del presente informe, en especial a DECA Equipo Pueblo a través de Areli Sandoval, a la Coalición Internacional para el Hábitat, Oficina para América Latina (HIC-AL) a través de María Silvia Emanuelli , a la Cátedra UNESCO de Derechos Humanos de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) que a través de la Doctora Gloria Ramírez contribuyó a la revisión metodológica del presente informe, a Mayra López Pineda quien con su experiencia en la defensa del derecho a la salud , enriqueció el contenido del presente.

Finalmente, de manera muy especial agradecemos a cada uno de esos hombres y mujeres migrantes de quienes no podemos dar sus nombres por razones de seguridad pero sí su testimonio sobre los diversos abusos, discriminación y otras injusticias e impunidad de los que han sido objeto en nuestro país; agradecemos que hayan compartido con nosotros sus historias, a través de las cuales pudimos acercarnos a esa realidad llena de complejidades que enfrentan día a día. Por y para ellas y ellos, el resultado de este Informe.

Presentación

La Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo (PIDHDD), es un actor social que trabaja por la construcción de sociedades en las que la economía, la cultura y la política estén al servicio de la dignidad humana, la equidad, el respeto a la diversidad y el medio ambiente, y por una integración basada en la democracia, la inclusión y la justicia social. Todos sus miembros tienen en común la defensa de los derechos humanos y el compromiso de realizar tareas conjuntas.

Las diferentes organizaciones de la sociedad civil promotoras del desarrollo, movimientos de derechos humanos, organizaciones de género, sindicales y otras formas de representación social que constituyen la Plataforma se integran en capítulos nacionales. Actualmente, se cuenta con capítulos nacionales constituidos y en funcionamiento en 15 países del continente americano: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

El Capítulo Mexicano de la PIDHDD está conformado por las organizaciones pertenecientes al Espacio de Coordinación de Organizaciones Civiles sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Espacio DESC)[1] , red de organizaciones civiles de derechos humanos y de promoción del desarrollo dedicadas a la promoción y defensa de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESCA) en México desde 1998.

Uno de los temas de trabajo de la PIDHDD y sus capítulos nacionales es la migración y la situación de los derechos humanos de las personas que por causas estructurales (pobreza, desempleo, marginación, violencia) se ven obligadas a salir de sus países en búsqueda de mejores condiciones de vida y de trabajo. Con el fin de fortalecer el compromiso de la Plataforma con el tema, desde el 2008 se conformó el Grupo de Trabajo sobre Migraciones (GTM). En abril del mismo año se publicó por parte del GTM el primer informe sobre migraciones y derechos humanos con el cual se recupera la experiencia del sector académico de América Latina, que tras la celebración de la II Consulta Permanente sobre Migraciones

[1] Actualmente, integran el Espacio DESC las siguientes organizaciones civiles y grupos de defensores y defensoras de derechos humanos: Casa y Ciudad de Coalición Hábitat México, Cátedra UNESCO de Derechos Humanos de la Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Estudios Sociales y Culturales Antonio de Montesinos (CAM), Centro de Derechos Humanos Miguel Agustín Pro Juárez (PRODH), Centro de Investigación y Promoción Social (CIPROSOC), Centro de Reflexión y Acción Laboral (CEREAL) de Fomento Cultural y Educativo, Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos (CMDPDH), Consultoría Especializada para la Justiciabilidad de los DESC (CEJUDESC), DECA Equipo Pueblo, Defensoría del Derecho a la Salud – Chiapas, FIAN Sección México, Instituto Mexicano para el Desarrollo Comunitario (IMDEC) –Guadalajara, Instituto Mexicano de Derechos Humanos y Democracia (IMDHD), Liga Mexicana de Defensa de Derechos Humanos (LIMEDDH), Oficina Regional para América Latina de la Coalición Internacional para el Hábitat (HIC-AL), Radar-Colectivo de Estudios Alternativos en Derecho.

y Derechos Humanos en América Latina y el Caribe realizada los días 8 y 9 de abril de 2008, en Cuenca, Ecuador colaboran en su redacción tras la creación de un Comité de enlace.

Con el fin de dar continuidad al análisis sobre la situación de los derechos humanos de las y los migrantes en América Latina, particularmente en lo que hace a los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), en agosto de 2008 la PIDHDD decide comenzar la preparación de su segundo informe, a través del cual se busca más que dar una mirada general sobre la situación de los derechos humanos, profundizar sobre la garantía y protección de un derecho en particular: el derecho a la salud.

De esta manera, y a propósito de la situación que actualmente viven las y los migrantes en México, se decidió que fuera en este país en donde se llevara a cabo dicha investigación, la cual fue asumida por el GTM-México conformado por el Centro de Estudios Sociales y Culturales Antonio de Montesinos A.C. (CAM), la sección mexicana de Food First International Action Network (FIAN-México) y el Centro de Investigación y Promoción Social (CIPROSOC). El Informe sobre migración y derecho a la salud en México, es precisamente el resultado de un trabajo colectivo de investigación realizado por parte del GTM-México.

GTM-México del Espacio DESC, capítulo mexicano de la PIDHDD.

Introducción

La situación que actualmente se vive en México, tanto en lo político, lo social como en lo económico, es sumamente compleja, pero en gran medida resultado de más de 25 años de aplicación del modelo económico neoliberal y de una prolongada crisis que ha puesto en evidencia la ineficiencia de las instituciones para garantizar que la población pueda gozar de un nivel de vida adecuado. En un contexto de violación sistemática de los derechos humanos, no sólo los derechos civiles y políticos se han visto afectados, también los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) han sufrido graves retrocesos. Si bien esto afecta de diversas maneras a las y los mexicanos también afecta a las personas transmigrantes, las cuales se encuentran en un territorio en donde cada vez se restringen más los derechos sociales, como el derecho a la salud y a la seguridad social, y los factores fundamentales para su realización, como la disponibilidad, la accesibilidad física y económica y la calidad. A la vez, las personas transmigrantes se enfrentan a un contexto de inseguridad e impunidad donde son rehenes de la actuación de mafias y la colusión de éstas con agentes de seguridad del Estado.

En México, el desempleo y la economía informal se han incrementado. Según información del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) existen 2 millones 172 mil 764 (5.2%) de desempleados en México, mientras que el número de mexicanos y mexicanas que se ubicaron dentro de la economía informal durante el primer trimestre de 2011 sumaron 13 millones 432 mil 488 personas (28.5%). Estas personas tuvieron que realizar una actividad laboral informal para sobrevivir (venta de discos piratas y de mercancía robada, elaboración de comida, limpieza de parabrisas, entre otras).

De acuerdo con datos del Centro de Análisis Multidisciplinario (CAM-UNAM) de la Facultad de Economía de la Universidad Nacional Autónoma de México, el salario mínimo continúa estancado. De los 30 millones 126 mil 500 personas asalariadas en el país, 62% ganan menos de tres salarios mínimos (alrededor de 150 pesos al día). Además, cerca de 20% de la contratación de las y los asalariados es de tipo eventual o por tiempo determinado.[2]

Es importante señalar que el 45% de los más de 30 millones de personas asalariadas no tiene acceso a instituciones de salud como parte de una prestación laboral. En este mismo sentido, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) de acuerdo a los datos arrojados por el censo de población 2010, informó que tres de cada diez mexicanos carecen de acceso a servicios de salud.[3]

---

[2] http://www.economia.unam.mx/cam/index.htm

[3] Mondragón, Verónica. Tres de cada 10 mexicanos sin acceso a servicios de salud. Excélsior, 3 de mayo de 2011. http://www.excelsior.com.mx/index.php?m=nota&id_nota=733773. Durante el 2010, el gobierno federal reconoció que 43.4 millones de mexicanos (40.7% del total de la población) no tenían acceso a ninguna institución o programa de salud pública o privada. Mientras que, en el marco del Día Mundial de la Salud, el Coneval dio a conocer que de los 47.2 millones de mexicanos que se encontraban en condiciones de pobreza multidimensional, 25.4 millones presentaron carencia de acceso a los servicios de salud. http://www.eluniversal.com.mx/notas/671104.html

Además de esto, la población tiene que enfrentar la falta de infraestructura hospitalaria, de recursos humanos y materiales suficientes que les permita acceder de manera oportuna y adecuada a los servicios de salud. [4]

Esta situación de deterioro y violación a los DESC, ha sido documentada en el Informe de organizaciones de la sociedad civil sobre la situación de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales en México (1997-2006)[5] y en informes temáticos más recientes. En los cinco años de la actual administración se ha registrado un aumento de la violencia y la inseguridad en el país, lo cual ha tenido como consecuencia, según cifras del gobierno federal, el asesinato de alrededor de 40, 000 personas.[6]

Lo antes expuesto puede ayudar a ofrecer un panorama de lo que tienen que enfrentar las y los migrantes durante su paso por México, quienes también han padecido el incremento de la violación a sus derechos humanos.



[4] Al respecto, en abril de 2009, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), con base en el análisis de 11, 854 quejas, emitió la recomendación general número 15 en la que recomienda la fijación de una partida presupuestal suficiente para el sector salud, el desarrollo de manuales operativos, la creación de políticas eficientes, entre otras. http://www.cndh.org.mx/recomen/general/015.htm

[5] Informe alternativo al IV informe periódico del Estado mexicano sobre la aplicación del PIDESC http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/info-ngos/mexico-coalition_Sp.pdf

[6] http://lastresyuncuarto.wordpress.com/2011/04/06/40-000-personas-muertas-en-su-guerra/

Si bien el contexto ya había sido denunciado en diversas ocasiones por organizaciones defensoras de los derechos de las y los migrantes, así como por las diferentes casas del migrante, ubicadas en diversos estados de la República, es a partir de agosto del 2010, cuando comienzan a hacerse más evidentes estas violaciones. El 24 de agosto de ese año se localizaron los cuerpos de 72 migrantes asesinados en el municipio de San Fernando, estado de Tamaulipas, al norte del país. Este hecho fue el parteaguas que evidenció las diferentes formas en que son violentados los derechos humanos de las y los migrantes en México: secuestros, extorsiones, asaltos, violaciones sexuales y asesinatos. Todos cubiertos por la sombra de la impunidad.

Este lamentable suceso ha colocado en el escenario nacional e internacional a las autoridades federales y estatales responsables por omisión en la protección de los derechos humanos de las y los migrantes.

La seguridad es un elemento fundamental para garantizar la integridad física y el derecho a la vida de las y los migrantes durante su travesía por el territorio mexicano, así como la protección de sus DESC: los derechos humanos son indivisibles. En caso de accidentes, violaciones o robos violentos, se hace necesario un sistema de salud que atienda de forma inmediata y con calidad a las mujeres, hombres, adolescentes y niñas y niños transmigrantes. Sin embargo, los sucesos cotidianos se invisibilizan, más aún las violaciones a los DESC, que no han sido tan ampliamente documentadas ni denunciadas como las violaciones a otros derechos.

Este es justamente el objetivo del presente informe, dar cuenta de la situación que guarda uno de estos derechos, el derecho a la salud de las y los migrantes en México, considerando las obligaciones adquiridas por nuestro país desde la firma y ratificación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) en 1981, como se desprende del artículo 2º del mismo, que señala:

1. *"Cada uno de los Estados Parte en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos".*

2. *Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.*

3. *Los países en desarrollo, teniendo debidamente en cuenta los derechos humanos y su economía nacional, podrán determinar en qué medida garantizarán los derechos económicos reconocidos en el presente Pacto a personas que no sean nacionales suyos.*

Los Principios de Limburgo (párrafos 42 a 44) aclaran la excepción que plantea el párrafo 3 del artículo 2

del PIDESC, que "debe ser interpretada estrictamente conforme al objetivo con que se escribió originalmente este artículo: terminar con la dominación por parte de ciertos grupos económicos no nacionales durante el período colonial. En realidad, como regla general el Pacto se aplica tanto a los nacionales como a los no nacionales en un Estado Parte."[7] Así, el Estado tiene la obligación de garantizar el ejercicio de los DESC de todas las personas, sin discriminar a nadie por su origen nacional o cualquier otra condición, como lo establece el párrafo 2 del mismo artículo.

A lo largo del presente informe se ofrecen elementos, a manera de diagnóstico general, que permiten concluir que el Estado Mexicano no sólo incumple con la garantía y protección del derecho humano a la salud de las y los migrantes, sino que en términos generales existe una problemática estructural que violenta el derecho tanto de la población nacional como de los migrantes que cruzan por el país. Se trata de no enfocarse única y exclusivamente en el aspecto cuantitativo de la migración, sino de ampliar y profundizar sobre la situación que guarda el derecho a la salud en México, para que a partir de este estudio se pueda profundizar en la estrategia de defensa y promoción del derecho a la salud de este grupo de población.

Para esto, se deberá contemplar la realización de actividades de cabildeo con las autoridades competentes con el fin de sensibilizarlas sobre el tema y comprometerlas a realizar acciones tendientes a garantizar el derecho a la salud de las y los migrantes; asimismo, se podría realizar una eventual campaña de difusión sobre este derecho dirigida tanto a las y los migrantes como a las autoridades federales y estatales, en la que participen activamente las organizaciones de la sociedad civil cuyo trabajo central gira en torno de la defensa de los derechos de las y los migrantes.

El Informe se divide en 6 capítulos y las secciones de conclusiones y recomendaciones. En el primer capítulo se hace referencia al marco jurídico nacional que existe en materia de salud y en materia de derechos de los migrantes, así como al marco jurídico internacional del que México es parte por haber firmado y ratificado diversos instrumentos internacionales de derechos humanos, estableciendo la jerarquización de las leyes y los tratados internacionales en nuestro país, también a la luz de la reciente reforma constitucional en materia de derechos humanos.

En el segundo capítulo se presenta un breve análisis de la situación que guarda el derecho a la salud en México, partiendo del estado que tiene actualmente el sistema nacional de salud, y las reformas de que ha sido objeto. Asimismo damos cuenta de los programas existentes enfocados a la población migrante.

En el capítulo tercero se aborda la situación que actualmente guarda el derecho a la salud en los países centroamericanos que son los que mayor población expulsan hacia México (Guatemala, Honduras, Nicaragua y El Salvador), considerando la obligación que estos Estados tienen de garantizar el respecto, la protección y la realización del derecho a la salud de la población bajo su jurisdicción.

En los capítulos cuarto al sexto, se sistematizan los resultados de la investigación de campo realizada por las organizaciones pertenecientes al GTM-México en las fronteras Sur y Norte del país, así como en la

---

[7] Sandoval Terán, Areli. Comprendiendo los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESCA). DECA Equipo Pueblo, A.C., México, 2007, p. 23.

zona Centro, investigación en la que se realizaron cerca de cincuenta entrevistas a migrantes, organizaciones de la sociedad civil, instituciones de salud, comisiones de derechos humanos estatales y personal de las Casas del Migrante.

Posteriormente se exponen las conclusiones a las que llegamos después de la investigación documental y de campo, para finalizar con una serie de recomendaciones dirigidas tanto a las autoridades del poder ejecutivo y legislativo federal, como a las autoridades locales y a las comisiones públicas de derechos humanos con el fin de que se lleven a cabo las acciones correspondientes tanto en la construcción de políticas públicas, como en la fijación presupuestaria y cambios legislativos que garanticen el respeto y cumplimiento del derecho a la salud de las y los migrantes, Asimismo se incluyen algunas sugerencias para las organizaciones de la sociedad civil especializadas en la atención, defensa y protección de las y los migrantes con el fin de fortalecer el trabajo en redes con otras organizaciones defensoras de derechos humanos, en especial de los DESC.

Capítulo 1. Derecho a la Salud: marco jurídico nacional e internacional

por Rita Marcela Robles Benítez, Centro de Investigación y Promoción Social A.C. (CIPROSOC)



El reconocimiento de los derechos sociales como la educación, el trabajo, la vivienda, y la salud, responden a procesos históricos a través de los cuales las demandas de la sociedad se van concretando de manera paulatina en documentos jurídicos. De esta manera, la construcción de la idea de la salud como un derecho fundamental comenzó a ser desarrollada, en medio de controversias políticas y doctrinarias, desde inicios del siglo XX. Este proceso implicó que algunas de las actividades realizadas por la medicina privada se convirtieran en obligaciones para el Estado.[8]

Existen diversas definiciones de la salud. En la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se la ha definido como "el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad", además de señalar que "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social."[9]

El derecho a la salud como derecho humano ha sido reconocido en diversos tratados internacionales de los cuales México forma parte, como es el caso del Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), el cual reconoce el derecho a la salud en su artículo 12:

1. *Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.*

2. *Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:*

a) *La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;*

b) *El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;*

c) *La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;*

d) *La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.*

Al respecto de este derecho, el Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en su Observación General N° 14 ha señalado que la salud "no debe entenderse como un derecho a estar sano" sino como "un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud."[10]

---

[8] Pérez Argüelles, Mariana (compliladora). Cinco miradas sobre el derecho a la salud. Estudios de caso en México, El Salvador y Nicaragua. Fundar, Centro de Análisis e Investigación A.C., México 2010, p. 14.

[9] Constitución de la Organización Munidal de la Salud (OMS). http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf

[10] Comité DESC. Observación general No. 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artíclo 12). http://www.escr-net.org/resources_more/resources_more_show.htm?doc_id=428717&parent_id=425976

Asimismo, el Comité interpreta el derecho a la salud, *como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.*[11]

En la Observación se puede apreciar la interdependencia que tiene el derecho a la salud con otros derechos, de tal manera que al respetarse y garantizarse la salud, se garantiza el acceso a otros derechos que resultan fundamentales para que las personas puedan desarrollarse y vivir con dignidad.

No obstante sus características de universalidad, integralidad indivisibilidad e interdependencia, el acceso al derecho a la salud en México se ve limitado por una serie de problemas estructurales[12] que surgen a partir de la adopción de una serie de políticas económicas de corte neoliberal centradas principalmente en medidas de ajuste estructural, de apertura comercial y de regulación económica a través de las leyes del libre mercado. Estas medidas económicas han repercutido en el cumplimiento del derecho a la salud de las y los mexicanos, a través del deterioro de sus condiciones de vida cuyas consecuencias se reflejan en la disminución de sus niveles de salud. Asimismo, existe una importante reducción del gasto público en materia social y, específicamente en salud, situación que ha transitado en detrimento de las políticas sociales.[13]

Dicha situación afecta tanto a la población mexicana como a las personas que ingresan al país en calidad de migrantes, bien sea de manera regular o irregular, afectando mayormente a las y los migrantes que se internan en territorio nacional de manera irregular.

En México, el Sistema Nacional de Salud (SNS) está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, así como de las personas físicas o morales de los sectores social y privado, además de los mecanismos de coordinación que tengan como fin la prestación del servicio de salud.[14]

El SNS se basa en un amplio fundamento jurídico en el que no sólo se reconoce el derecho a la salud, sino que además se establecen las modalidades y competencias para su protección. En el siguiente punto daremos un panorama general al respecto.

Marco Jurídico Nacional del Derecho a la Salud

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Recientemente en México se aprobaron una serie de reformas a la Constitución Política, en materia de derechos humanos, que amplían de manera importante el reconocimiento que ya se había hecho de los derechos sociales.

Por primera vez aparece el concepto de derechos humanos en el texto constitucional, de la misma

---

[11] Idem.
[12] Aunque el derecho a la salud está reconocido como garantía fundamental, en la práctica la atención a la salud se vincula con el nivel socioeconómico de la persona además de que no se cuentan con mecanismo eficaces que permitan garantizar que el acceso a los servicios de salud se dé en igualdad de circunstancias para todas las y los usuarios. Cfr. Indicadores sobre el Derechos a la Salud en México. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Comisión Nacional de Derechos Humanos y Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. México, 2011, p. 55
[13] Véase Cerda, Alejandro. El Derecho a la Salud en México.
[14] Artículo 5º de la Ley General de Salud.

manera en que se reconoce a los tratados internacionales como fuente y complemento del derecho nacional. Así se establece en el artículo 1º que *"todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece".*[15]

De acuerdo con esta modificación, *las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.*[16]

Y se establece que *todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.*

Igualmente queda *prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.*

La reforma realizada al artículo 1° constitucional es un avance importante que brinda herramientas de exigibilidad para el cumplimiento de los derechos humanos, tanto de la población nacional y transmigrante. El reconocimiento que se hace de los derechos humanos complementa el reconocimiento del derecho a la salud plasmado en el artículo 4º que en su cuarto párrafo señala que *toda persona tiene derecho a la protección de la salud. En el mismo artículo se establecen las bases que regulan al Sistema Nacional de Salud, señalando que la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.*[17]

Es importante señalar que como consecuencia de esta reforma, el artículo 33 constitucional también tuvo modificaciones trascendentales, al establecerse que los extranjeros (que no cuenten con la nacionalidad mexicana) *gozarán de los derechos humanos y garantías que reconoce esta Constitución,* permitiendo una interpretación en beneficio de las y los migrantes que ingresen al país de manera eventual.

En cuanto al reconocimiento del derecho a la salud y de los derechos humanos en la Constitución, las autoridades federales como estatales están obligadas a garantizar el acceso este derecho de las y los migrantes que de manera irregular ingresen al país.

Ley General de Salud

La Ley General de Salud es la ley reglamentaria del artículo 4º constitucional y es la base jurídica del SNS. En ella se establece que es materia de salu-

[15] Anteriormente el artículo 1º de la Constitución señalaba "… todo individuo gozará de las garantías que otorga esta Constitución, las cuales no podrán restringirse ni suspenderse, sino en los casos y con las condiciones que ella misma establece".
[16] Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reformada la denominación por decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de Junio de 2011.
[17] Artículo 73 El Congreso tiene facultad: XVI.- Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República.

bridad general la atención médica será, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables así como la asistencia social.[18] Asimismo, señala que el derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- ***I.*** *El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;*
- ***II.*** *La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;*
- ***IV.*** *La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;*
- ***V.*** *El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;*

De acuerdo a dicha Ley, la competencia en materia de salud queda establecida de la siguiente manera:[19]

- ***a)*** **Ejecutivo Federal por conducto de la Secretaría de Salud (SSA)**, quien, entre otras cosas se encargara de aplicar y vigilar que se cumpla con las normas y principios del derecho a la salud.
- ***b)*** **Gobiernos de las entidades federativas y autoridades locales.** A quienes les corresponde organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general, así como vigilar, en la esfera de su competencia, el cumplimiento de esta Ley y demás disposiciones aplicables.

De acuerdo con la Ley, los servicios públicos de salud *son todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y la sociedad, dirigidas a proteger promover y restaurar la salud de las personas y de la colectividad y pueden ser de 3 tipos:*

1. De atención médica
2. De salud pública, y
3. De asistencia social.

Los servicios públicos de salud deben ser prestados bajo criterios de universalidad y gratuidad, sin embargo, también se prevé el cobro de cuotas de recuperación, que en todo momento deben considerar el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas de los usuarios, fundamentándose en principios de solidaridad social y eximiendo de cobro a los usuarios que carezcan de recursos para cubrirlas o que se encuentren en zonas de menor desarrollo económico y social del país (artículo 36).

Las entidades federativas que integran a la República Mexicana, pueden legislar tanto en materia de salud como de migrantes, siempre y cuando no contravengan lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Esto resultó importante en el abordaje de los casos por zonas, observando que existen entidades que han legislado al respecto y el reconocimiento que hacen sobre el derecho a la salud, en algunas, resulta contradictorio a lo señalado por la Constitución nacional, limitando en la práctica estatal el acceso al derecho.

Es importante señalar que las clínicas y hospitales pertenecientes a la Secretaría de Salud atienden principalmente a la población abierta, es decir, a aquella que no se encuentra registrada en el Seguro Social y que pueden o no contar con un empleo formal.

[18] Artículo 3º Ley General de Salud.
[19] El SNS también cuenta con un Consejo de Salubridad General que se encarga de dar opiniones más técnicas y operativas, para el buen funcionamiento del sistema. (Ver artículo 17 de la Ley General de Salud).

En sentido estricto, las y los migrantes en tránsito contratados en México tendrían que acceder a la seguridad social, sin embargo, y a pesar de la universalidad de los derechos humanos, los migrantes no son registrados ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Este hecho se da por dos situaciones especificas, por un lado, es práctica frecuente de los patrones el no dar de alta a sus trabajadores ante el seguro social, como estrategia de "ahorro" en los costos laborales, y por el otro lado, esto es posible por un vacío legal, ya que, a pesar de ser la salud un derecho reconocido, hace falta una norma específica que reconozca el derecho de los transmigrantes a acceder a la seguridad social, y que obligue a los patrones a hacerlo. Esto es lo que limita el acceso, el respeto y protección del derecho a la seguridad social.[20]

Por último, de manera complementaria a la legislación nacional existente en materia de salud y seguridad social las Normas Oficiales Mexicanas (NOM).[21] Actualmente existen cerca de 82 NOM expedidas por la Secretaría de Salud las cuales profundizan en prestación de los servicios públicos de salud.

Marco Jurídico en materia de migración

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

En materia de migración son aplicables las disposiciones contenidas en la Constitución particularmente en lo que toca al artículo 1º que como hemos mencionado señala que *todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte*.

De la misma manera el artículo 11 constitucional señala que *todo hombre tiene derecho para entrar en la República, salir de ella, viajar por su territorio y mudar de residencia, sin necesidad de carta de seguridad, pasaporte, salvo-conducto u otros requisitos semejantes*.

Finalmente el artículo 33, establece que los extranjeros *gozarán de los derechos humanos y garantías que reconoce esta Constitución*. Además de instituir que es facultad exclusiva del Ejecutivo, previa audiencia, expulsar del territorio nacional a todo aquel extranjero cuya permanencia juzgue inconveniente.

Estos artículos son las bases jurídicas para determinar las siguientes 3 cuestiones:

1. El derecho que tienen las y los migrantes de entrar y viajar libremente por la República Mexicana.
2. La garantía que tienen de gozar de todos los derechos humanos reconocidos en la Constitución.
3. La obligación que tienen las autoridades de garantizar estos derechos.

La legislación que en materia de migración se desprende de la Constitución es bastante amplia[22], no obstante únicamente haremos referencia a aquella que por sus características, sirve para poder determinar el derecho que tienen las y los migrantes

[20] El derecho a la seguridad social se encuentra reconocido en el artículo 123 Constitucional, y se regula a través de la Ley del Seguro Social y la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

[21] Las Normas Oficiales Mexicanas son de observación obligatoria y son regulaciones técnicas que contienen la información, requisitos, especificaciones, procedimientos y metodología que permiten a las distintas dependencias gubernamentales establecer parámetros evaluables para evitar riesgos a la población, a los animales y al medio ambiente.

[22] Ley General de Población. Ley de Nacionalidad, Ley de Refugiados, Ley para prevenir y sancionar la trata de personas. Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre sin Violencia. Acuerdo por el que se emiten las Normas para el Funcionamiento de las Estaciones Migratorias del Instituto Nacional de Migración, el cual en su artículo 17.

a acceder a servicios médicos y a no ser ni discriminados ni perseguidos durante el tiempo que duren en tránsito por el territorio nacional.

Ley de Migración

En mayo de 2011, el Senado de la República expide la Ley de Migración, a través de la cual se avanza en cuanto a la tutela y protección de los derechos humanos de las y los migrantes.[23]

De esta manera el artículo 2º de dicha Ley establece que la política migratoria del Estado Mexicano estará basada en el principio de respeto irrestricto a los derechos humanos de los migrantes, tanto nacionales como extranjeros, *sin importar su origen, nacionalidad, género, etnia, edad y situación migratoria, con especial atención a grupos vulnerables como menores de edad, mujeres, indígenas, adolescentes y personas de la tercera edad, así como a víctimas del delito. Asimismo, señala que en ningún caso una situación migratoria irregular reconfigurará por sí misma la comisión de un delito ni se prejuzgará la comisión de ilícitos por parte de un migrante por el hecho de encontrarse en condición no documentada.*

Este artículo reconoce los derechos de las y los migrantes indocumentados, estableciendo que la condición de no documentado, no implica delito



[23] Es importante señalar que la Ley actualiza una legislación que lleva más de 40 años sin cambios, sin embargo aún existen algunos puntos que deben ser revisados cuidadosamente. Aún está pendiente la elaboración y publicación de su Reglamento, con el cual se especifiquen mecanismos para hacer cumplir los derechos que la Ley señala.

alguno. El reconocimiento jurídico de los derechos humanos de los migrantes irregulares es un avance importante, aunque se encuentra pendiente su reconocimiento práctico por las instituciones federales y locales que se encargan de darles atención, las cuales tendrán que coordinarse con la Secretaría de Gobernación para hacer cumplir la Ley.

Otro avance importante en dicha Ley es el reconocimiento que se hace en el artículo 8º del derecho que tienen las y los migrantes *"a recibir cualquier tipo de atención médica, provista por los sectores público y privado, independientemente de su situación migratoria".*

Este reconocimiento junto con la modificación que se hace a la Constitución en materia de derechos humanos, son fundamentales para poder hacer exigible el derecho a la salud (así como otros derechos) de las personas migrantes, y se complementan con la vasta legislación que existe sobre este derecho en México, sin embargo aún hay un largo camino que recorrer para que éste derecho les sea respetado y garantizado de manera efectiva.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación

Otra ley que resulta importante en la exigibilidad y protección de los derechos de las y los migrantes indocumentados es la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación[24] la cual establece la obligación que tiene el Estado mexicano de promover las condiciones para que la libertad y la igualdad de las personas sean reales y efectivas; señalando que los poderes públicos federales deberán eliminar aquellos obstáculos que limiten en los hechos su ejercicio e impidan el pleno desarrollo de las personas.

A través de esta ley se prohíbe toda práctica que resulte discriminatoria y que tenga como fin el menoscabo en el reconocimiento o ejercicio de un derecho, considerando como conducta discriminatoria *negar o condicionar los servicios de atención médica, o impedir la participación en las decisiones sobre su tratamiento médico o terapéutico dentro de sus posibilidades y medios; así como impedir el acceso a cualquier servicio público o institución privada que preste servicios al público, así como limitar el acceso y libre desplazamiento en los espacios públicos.*

Las disposiciones señaladas constituyen el marco jurídico a través del cual se hace posible exigir el respeto al derecho a las salud de las y los migrantes indocumentados, mismo que se complementa con los tratados internacionales que en materia de derechos humanos México ha firmado y ratificado.

Marco Jurídico Internacional del Derecho a la salud

En México, de acuerdo al artículo 133 Constitucional, *las leyes del Congreso de la Unión que emanen de ella y todos los Tratados que estén de acuerdo con la misma, celebrados y que se celebren por el Presidente de la República, con aprobación del Senado, serán la Ley Suprema de toda la Unión. Los jueces de cada Estado se arreglarán a dicha Constitución, leyes y tratados, a pesar de las disposiciones en contrario que pueda haber en las Constituciones o leyes de los*

[24] Para esta Ley se entiende como discriminación toda distinción, exclusión o restricción que, *basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas.* (artículo 4º). A través de esta ley se crea el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), instancia a través de la cual cualquier persona que sea víctima de cualquier tipo de discriminación, puede presentar un reclamación o queja en contra de dicha conducta, directamente o a través de un representante.

Estados. México ha ratificado una serie de documentos internacionales en materia de protección de los derechos humanos que deben ser observados por las autoridades nacionales.

De esta manera, en materia de derecho a la salud es aplicable a nivel nacional el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que establece: *toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.*

También debe considerarse lo señalado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) que señala que los Estados Partes *reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.*

Garantizar el acceso a este derecho implica que, los Estados deben implementar medidas con el fin de reducir la **mortalidad,** en especial la mortalidad infantil, y asegurar el sano desarrollo de los niños; además debe garantizar el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; prevenir, dar tratamiento a enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y crear las condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

El artículo 12 de la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) establece la obligación que tienen los Estados parte de adoptar *todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.*

También, -los Estados Partes deben garantizar a las mujeres *los servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.*

Por su parte, en el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), señala que:

1. *Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.*
2. *Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados Partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:*

    a. *La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;*
    b. *La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;*
    c. *La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;*
    d. *La prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;*
    e. *La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y*
    f. *La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.*

De acuerdo con la Observación General No. 14 del Comité DESC, la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de

los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente por lo que el derecho a la salud no debe entenderse únicamente como un derecho a estar sano.

En esta observación se señala que el concepto del "más alto nivel posible de salud" tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona, así como los recursos con que cuenta el Estado. El derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

El Comité DESC interpreta el derecho a la salud como un derecho inclusivo que abarca la atención de salud oportuna y apropiada, así como los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua potable limpia y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.

De acuerdo con el Comité, el derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

a) Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas.

b) Accesibilidad. Que representa cuatro dimensiones superpuestas:

I) No discriminación;
II) Accesibilidad física;
III) Accesibilidad económica (asequibilidad); y
IV) Acceso a la información.

c) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

d) Calidad. Que implica que los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

En este sentido, y de conformidad con lo señalado en esta Observación General los Estados Partes tienen el compromiso fundamental de asegurar como mínimo la satisfacción de niveles esenciales de cada uno de los derechos enunciados en el Pacto, incluida la atención primaria básica de la salud.

Dentro de este marco jurídico internacional, también es importante considerar el reconocimiento que se hace del derecho humano a la seguridad social[25], pues a través de él también se da la realización del derecho a la salud. En el caso de las y los migrantes indocumentados que llegan a México, resulta fundamental el respeto y garantía de este derecho, sobre todo cuando son contratados para realizar actividades dentro del territorio na-

---

[25] El artículo 22 de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, que señala: Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

cional, ya que la mayoría son empleados sin ninguna prestación y en caso de accidente o enfermedad como consecuencia del trabajo realizado, no cuentan con el servicio de salud derivado de la seguridad social.

En este sentido, el PIDESC señala en su artículo 9 que los Estados Partes, *reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social.* De acuerdo con la Observación General No. 19 del Comité DESC sobre el derecho a la seguridad social, este derecho incluye el derecho a obtener y mantener prestaciones sociales, en efectivo o en especie, sin ningún tipo de discriminación, con el fin de obtener protección particularmente contra: *a) la falta de ingresos procedentes del trabajo debido a enfermedad, invalidez, maternidad, accidente laboral, vejez o muerte de un familiar; b) gastos excesivos de atención de salud; c) apoyo familiar insuficiente, en particular para los hijos y los familiares a cargo. Asimismo, la seguridad social, "debido a su carácter redistributivo, desempeña un papel importante para reducir y mitigar la pobreza, prevenir la exclusión social y promover la inclusión social."*[26]

La obligación derivada del artículo 9 del PIDESC significa que los Estados deben garantizar "el derecho a la seguridad social, independientemente del modelo que adopten, universal u ocupacional"[27], esto significa que si bien el Estado puede adoptar medidas de tipo contributivo (como el seguro social) o no contributivo (como la asistencia social o planes universales), estas medidas *"no pueden definirse de manera restrictiva y, en todo caso, deben garantizar a toda persona un disfrute mínimo de este derecho humano."* [28]

De la misma manera el "Protocolo de San Salvador", reconoce en su artículo 9 el Derecho a la seguridad social, señalando que *cuando se trate de personas que se encuentran trabajando el derecho a la seguridad social cubrirá al menos la atención médica y el subsidio o jubilación en casos de accidentes de trabajo o de enfermedad profesional y, cuando se trate de mujeres, licencia retribuida por maternidad antes y después del parto.*

Entre otros instrumentos internacionales que reconocen este derecho,[29] está la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) señala en su artículo 11 *que los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del empleo a fin de asegurar a la mujer, en condiciones de igualdad con los hombres, los mismos derechos, en particular:*

e) *El derecho a la seguridad social, en particular en casos de enfermedad, invalidez u otra incapacidad para trabajar…*
f) *El derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción.*

[26] Comité DESC. Observación General No. 19 sobre el derecho a la seguridad social (párrafos 2 y 3). Disponible en: http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/Sgencomm19.pdf
[27] Sandoval Terán, Areli, Op. cit. p. 54.
[28] Comité DESC. Observación General No. 19 (párrafo 4).
[29] El derecho a la seguridad social también es reconocido en la Declaración de los Derechos del Niño, en la cual se establece que el niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Por su parte la Convención sobre los Derechos del Niño, en su artículo 26, señala que los Estados Partes reconocerán a todos los niños el derecho a beneficiarse de la seguridad social, incluso del seguro social, y adoptarán las medidas necesarias para lograr la plena realización de este derecho de conformidad con su legislación nacional. Asimismo establece que las prestaciones deberían concederse, cuando corresponda, teniendo en cuenta los recursos y la situación del niño y de las personas que sean responsables del mantenimiento del niño, así como cualquier otra consideración pertinente a una solicitud de prestaciones hecha por el niño o en su nombre.

Marco Jurídico Internacional sobre Migración



Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares

Esta Convención, adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en su resolución 45/158, de 18 de diciembre de 1990, es uno de los documentos internacionales que de manera específica, aborda derechos de las y los migrantes. México ratificó la convención en 1999.[30]

Si bien la Convención tiene un enfoque desde los derechos humanos laborales, también aborda de manera integral e interdependiente otros derechos como el de salud. Entre los mayores aportes que da la Convención está la definición que hace sobre los trabajadores migratorios, entendidos como *"toda persona que vaya a realizar, realice o haya realizado una actividad remunerada en un Estado del que no sea nacional"* y que para el efecto pueden o no encontrarse de manera regular en el territorio de algún Estado.

Para la Convención, la ausencia de documentos que comprueben una estancia regular, no exime al Estado de cumplir con el respeto de los derechos humanos de las y los trabajadores migratorios y sus familias.

La Convención reconoce derechos fundamentales como el derecho a la vida (Art. 9), la prohibición de la tortura y tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (Art. 10), la prohibición de la esclavitud (Art. 11), la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión (Art. 12), la libertad de opinión y de expresión (Art. 13), el derecho a la libertad y la seguridad personales (Art. 16).

---

[30] Otros instrumentos que resultan importantes en materia de migración son: Convención sobre la condición de los extranjeros. OEA, La Habana, Cuba, 20 de febrero de 1928, Convención de Viena sobre relaciones consulares. ONU, Viena, Austria, 24 de abril de 1963, Convención sobre asilo, OEA, La Habana, Cuba, 20 de febrero de 1928, Convención sobre asilo político, OEA, Montevideo, Uruguay, 26 de diciembre de 1933, Convención sobre el estatuto de los refugiados, ONU, Ginebra, Suiza, 28 de julio de 1951, Convenio sobre asilo territorial, OEA, Caracas, Venezuela, 28 de marzo de 1954, Convenio sobre asilo diplomático, OEA, Caracas, Venezuela, 28 de marzo de 1954, Convención sobre el estatuto de los apátridas, ONU, Nueva York, E. U. A., 28 de septiembre de 1954, Protocolo sobre el estatuto de los refugiados, ONU, Nueva York, E. U. A., 31 de enero de 1967, Declaración de Cartagena sobre Refugiados. Noviembre de 1984, Convención sobre los Derechos del Niño, 1990, Pacto de los Derechos Civiles y Políticos (Arts. 2 y 26), 1976, Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, 1969, Código de Conducta para Funcionarios Encargados de Hacer Cumplir la Ley (Art. 6),
adoptado por la Asamblea General en su resolución 34/169, de 17 de diciembre de 1979, Principios de Ética Médica Aplicables a la Función del Personal de Salud, Especialmente los Médicos en la Protección de Personas Presas y Detenidas contra la Tortura y Otros Tratos y Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (Principio 1), adoptado el 18 de diciembre de 1982, Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional. 15 de noviembre de 2005, Protocolo contra el tráfico ilícito de migrantes por tierra, mar y aire, Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños.

En materia de salud, el artículo 28 de la Convención reconoce el derecho que tienen los trabajadores migratorios y sus familiares *a recibir cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud en condiciones de igualdad de trato con los nacionales del Estado de que se trate. Esa atención médica de urgencia no podrá negarse por motivos de irregularidad en lo que respecta a la permanencia o al empleo.*

Asimismo, los Estado partes de la Convención, se comprometen a garantizar que toda persona cuyos derechos o libertades reconocidos en la presente Convención hayan sido violados pueda obtener una reparación efectiva. También se comprometen a adoptar las medidas necesarias para aplicar las disposiciones de la Convención así como enviar informes periódicos al Comité sobre los Trabajadores Migratorios (CTM) acerca de la implementación que a nivel nacional se haga de los derechos garantizados por la Convención.

Es importante señalar que en enero de 2010 como resultado del segundo Informe Periódico de México ante el Comité para la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares[31], se desprende que las autoridades mexicanas han insistido en que el tema de la migración internacional, y el de los trabajadores migratorios en particular, *debe abordarse de forma integral y bajo el principio de la responsabilidad compartida, tomando en cuenta la persona del trabajador y sus derechos como el centro para la formulación de las políticas migratorias de los Estados. En este sentido, México ha promovido de forma continua la Convención y ha hecho un llamado a todos los países que no lo han hecho aún, para que se adhieran a la misma,* postura que ha sido llevada a los principales foros internacionales sobre migración.[32] Sin embargo, aunque se ha anunciado la aplicación de diversas medidas para la protección de los derechos de las y los migrantes aún existen graves deficiencias en México en cuanto a la garantía, protección y respeto de los derechos de las y los migrantes y transmigrantes.

Organización Internacional del Trabajo (OIT)

La OIT ha desarrollado una amplia gama de convenios internacionales enfocados a la protección de los derechos humanos laborales. La Conferencia Internacional del Trabajo (CIT) ha señalado la importancia de adoptar convenios internacionales encaminados a la protección de los trabajadores migrantes, en virtud de que éstos son más susceptibles de ser explotados que los demás, en particular cuando están en situación irregular y son víctimas de los traficantes de mano de obra.[33]

En este sentido, la acción normativa de la OIT destinada específicamente a los trabajadores migrantes se concentra en dos direcciones principales. En primer lugar, la CIT ha reconocido el derecho a la igualdad de trato entre nacionales y extranjeros en el campo de la seguridad social al mismo tiempo que intenta instituir un sistema internacional de conservación de los derechos adquiridos y en curso de adquisición para los trabajadores que trasladan su residencia de un país a otro.

Para estos efectos, la OIT ha adoptado 4 convenios y 2 recomendaciones: el Convenio (núm. 19) y la Recomendación (núm. 25) sobre la igualdad

---

[31] http://www2.ohchr.org/english/bodies/cmw/docs/AdvanceVersions/CMW-C-MEX-2_sp.pdf
[32] Como el Diálogo de Alto Nivel sobre Migración Internacional y Desarrollo celebrado en la Asamblea General de la ONU, Foros Globales sobre Migración y Desarrollo celebrados en Bruselas (2007), Manila (2008) y Atenas (2009), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, entre otros. Cfr. Segundo informe periódico de México ante el Comité para la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (CMW/C/MEX/2), 14 de enero 2010, párrafos 6 y 7.
[33] Conferencia Internacional del Trabajo. 87a reunión, Ginebra, junio de 1999.

de trabajo (accidentes del trabajo), 1925; el Convenio sobre la conservación de los derechos de pensión de los migrantes, 1935 (núm. 48); el Convenio sobre la igualdad de trato (seguridad social), 1962 (núm. 118), y el Convenio (núm. 157) y la Recomendación (núm. 167) sobre la conservación de los derechos en materia de seguridad social, respectivamente de 1982 y 1983. El objetivo de la Conferencia al adoptar estas normas tendía a limitar progresivamente el alcance de ciertas disposiciones restrictivas fundadas en el modo de financiamiento de la seguridad social y a atenuar los efectos de la reciprocidad en favor de los países en vías de desarrollo.

En segundo lugar, y con el fin de buscar soluciones globales a los problemas que enfrentan los trabajadores migrantes, la Conferencia adoptó convenios específicos. De esta manera, en 1926 adoptó el Convenio 21 sobre la inspección de los emigrantes y la Recomendación 26 sobre la protección de las emigrantes a bordo de buques; en 1939, el Convenio 66 y la Recomendación número 61 sobre los trabajadores migrantes así como la Recomendación número 62 sobre los trabajadores migrantes; en 1947, el Convenio 82 sobre política social. El Convenio 97 y la Recomendación número 86 sobre los trabajadores migrantes en 1949.[34]

En 1955, la Conferencia adoptó la Recomendación 100 sobre la protección de los trabajadores migrantes en países insuficientemente desarrollados; en 1958, el Convenio 110 y la Recomendación 110 sobre las plantaciones; en 1962, el Convenio 117 sobre política social (normas y objetivos básicos). Finalmente, en 1975, la Conferencia completó los instrumentos de 1949 por medio de la adopción del Convenio 143 y de la Recomendación número 151 sobre los trabajadores migrantes (disposiciones complementarias).

De los convenios redactados por la OIT, México únicamente ha ratificado 78, de los cuales 67 están en vigor, entre los que se encuentran seis convenios sobre trabajo forzoso, libertad sindical y protección del derecho de sindicación, igualdad de remuneración, abolición del trabajo forzoso, discriminación y peores formas de trabajo infantil. Sin embargo, aún se encuentran pendientes de firma los convenios 97 y 143 que resultan fundamentales para la protección de los derechos de los trabajadores migrantes, específicamente en materia de salud y seguridad social.

Convenio 97 sobre los trabajadores migrantes (revisado), 1949

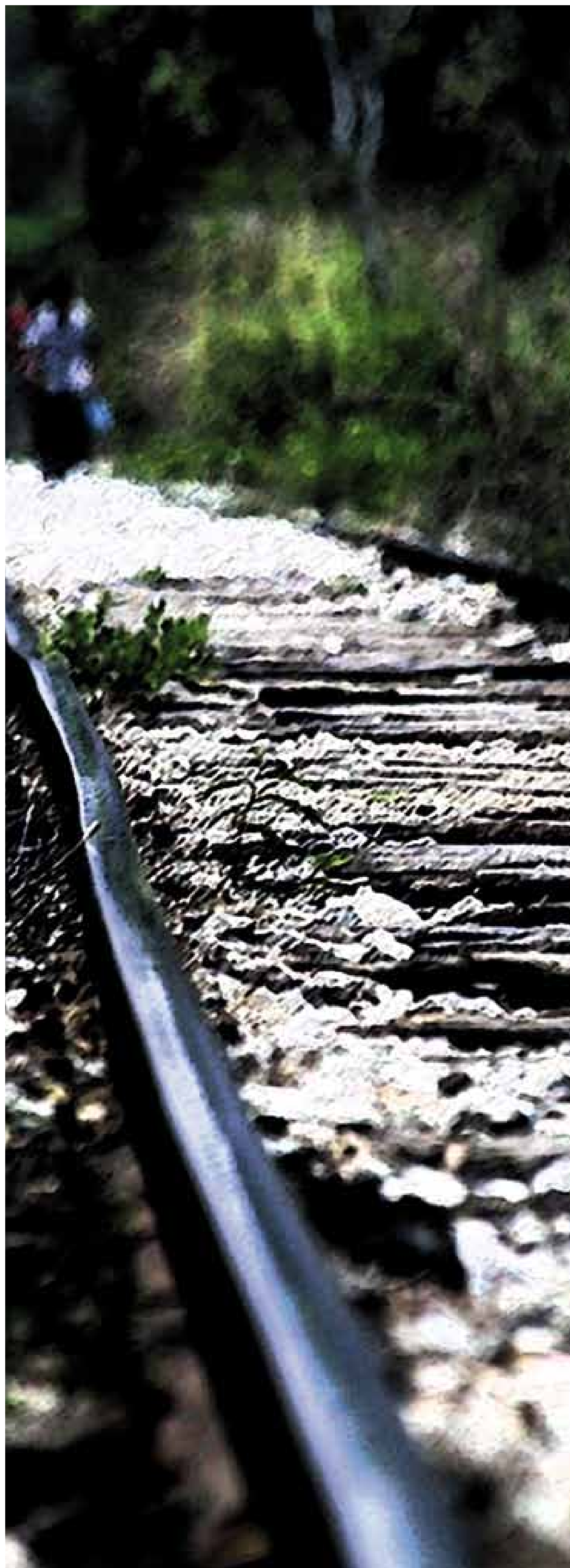
El convenio 97 resulta importante en materia de salud para los trabajadores migrantes, por tres razones. En primer lugar, porque de acuerdo el artículo 1º, obliga a todo miembro de la OIT *a poner a su disposición información sobre las disposiciones especiales relativas al movimiento de trabajadores migrantes y a sus condiciones de trabajo y de vida*.

Y en segundo lugar, porque, de acuerdo con el artículo 5, todo *miembro se obliga a mantener, dentro de los límites de su competencia, servicios médicos apropiados encargados de:*

- ***a)*** *cerciorarse, si ello fuere necesario, de que, tanto en el momento de su salida como en el de su llegada, la salud de los trabajadores migrantes y de los miembros de sus familias autorizados a acompañarlos o a reunirse con ellos es satisfactoria;*
- ***b)*** *velar por que los trabajadores migrantes y los miembros de sus familias gocen de una protección médica adecuada y de buenas condiciones de higiene en el momento de su salida, durante el viaje y a su llegada al país de destino.*

---

[34] idem



En tercer lugar porque, de, acuerdo con el artículo 6, todo Miembro se obliga a aplicar a los inmigrantes que se encuentren legalmente en su territorio, sin discriminación de nacionalidad, raza, religión o sexo, un trato no menos favorable que el que aplique a sus propios nacionales en relación con las materias siguientes:

b) *la seguridad social (es decir, las disposiciones legales relativas a accidentes del trabajo, enfermedades profesionales, maternidad, enfermedad, vejez y muerte, desempleo y obligaciones familiares, así como a cualquier otro riesgo que, de acuerdo con la legislación nacional, esté comprendido en un régimen de seguridad social).*

Convenio 143 sobre los trabajadores migrantes (disposiciones complementarias), 1975

El Convenio 143 de la OIT otorga protección de los derechos humanos de las y los trabajadores migrantes, si bien su naturaleza es laboral y su redacción responde a la realidad internacional de la emigración motivada por las condiciones de vida y del mercado del empleo. Con este Convenio se busca que *esta situación se pueda realizar bajo la responsabilidad de los organismos oficiales del empleo o con arreglo a los acuerdos bilaterales o multilaterales pertinentes y, en particular, a los que permitan la libre circulación de los trabajadores* y hace un compromiso expreso de respetar los derechos humanos fundamentales de todos los trabajadores migrantes dentro de los cuales se encuentra el derecho a la salud.

Además, en su artículo 10 señala que todo Miembro *para el cual se halle en vigor el presente Convenio se compromete a formular y a aplicar una política nacional destinada a promover y a garantizar, por los métodos adaptados a las circunstancias y usos nacionales, la igualdad de oportunidades y de trato en materia de empleo y profesión, seguridad social,* entre otros.

CONVENIOS DE LA OIT RELACIONADOS CON TRABAJADORES MIGRANTES	CONVENIOS DE LA OIT RELACIONADOS CON SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
(OIT, C97). Convenio sobre los trabajadores migrantes (revisado) Entrada en vigor: 22 de enero de 1952	(OIT, C 81), Recomendación. 81: Inspección del trabajo (industria y comercio),1947 Protocolo 81(1995)
(OIT, R86). Recomendación sobre los trabajadores migrantes (revisado)	Recomendación 82: Inspección del trabajo (minas y transporte)
(OIT, C100). Convenio sobre igualdad de remuneración. Entrada en vigor: 23 de mayo de 1953	Convenio 115 y Recomendación 114: protección contra las radiaciones
(OIT, C111). Convenio relativo a la discriminación en materia de empleo y ocupación. Entrada en vigor: 15 de junio de 1960	Convenio 119 y recomendación ¿ sobre la protección de la maquinaria, 1963
(OIT, C118). Convenio sobre la igualdad de trato (Seguridad social). Entrada en vigor: 25 de abril de 1964	Convenio 120 y recomendación? sobre la higiene en comercio y oficinas 1964
(OIT, 122). Convenio sobre la política del empleo.). Entrada en vigor: 15 de julio de 1966.	Convenio 121 y Recomendación 121: prestaciones en caso de accidentes y enfermedades profesionales
(OIT, C143). Convenio sobre los trabajadores migrantes (disposiciones complementarias). Entrada en vigor: 9 de diciembre de 1978	Convenio 127 y Recomendación 128: peso máximo de la carga que puede transportar un trabajador
(OIT, R151). Recomendación sobre los trabajadores migrantes	Convenio 136 y Recomendación 144: benceno
(OIT, C157). Convenio sobre la conservación de los derechos en materia de seguridad social Entrada en vigor: 11 de septiembre de 1986.	Convenio 137 sobre el trabajo portuario, 1973
(OIT, R167). Recomendación sobre la conservación de los derechos en materia de seguridad social	Convenio 139 y Recomendación 147: cáncer profesional
(OIT, C 19) Convenio relativo a la igualdad de trato entre los trabajadores extranjeros y nacionales en materia de indemnización por accidentes de trabajo.	Convenio 148 y Recomendación 156: medio ambiente de trabajo (contaminación del aire, ruido y vibraciones)
	Convenio 152 y Recomendación 160: seguridad e higiene (trabajos portuarios)
	Convenio 155 y Recomendación 164: salud de los trabajadores
	Convenio 160 sobre estadísticas del trabajo, 1985
	Convenio 161 y Recomendación 171: servicios de salud de los trabajadores
	Convenio 162 y Recomendación 172: asbestos
	Convenio 170 y Recomendación 177: productos químicos
	Convenio 171 y Recomendación 178: trabajo nocturno
	Convenio 172 y Recomendación 179: condiciones de trabajo en hoteles y restaurantes
	Convenio 174 y Recomendación 181: prevención de accidentes industriales mayores
	Convenio 176 y Recomendación 183: seguridad y salud en las minas
	Convenio 184 y Recomendación 192: seguridad y salud en la agricultura 2001

Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2007-2012

La política pública que se desprenda del marco normativo nacional e internacional, deberá ser consecuente con el reconocimiento y respeto de los derechos humanos de las y los migrantes indocumentados. Y ser una política pública que establezca instrumentos de planeación de desarrollo nacional, estatal y local dirigida a modificar las estructuras normativas e institucionales en los ámbitos federal y de cada una de las entidades de nuestro país con el fin de garantizar el derecho a la salud y la seguridad social de las personas migrantes.

El punto de partida es el Plan Nacional de Desarrollo (PND) pues dicho instrumento precisa los objetivos nacionales, estrategia y prioridades para el desarrollo del país en un sexenio determinado. Los planteamientos vertidos en el PND sirven para los programas sucesivos (sean sectoriales, institucionales o especiales) siendo que los objetivos, estrategias y prioridades establecidos por el PND permearán a estos últimos. En este sentido, por disposición de Ley, el Plan deberá indicar los programas sectoriales, institucionales, regionales y especiales con el fin de que sean congruentes con él.

En México, las líneas de acción establecidas en el PND se traducen en mecanismos normativos e institucionales para que sean efectivos, pero también permite elevarlas al rango de normas legislativas o limitarse a disposiciones de carácter administrativo (reglamentos, acuerdos, decretos, circulares o lineamientos) que sean consecuentes con el derecho a la salud de migrantes, o, en su caso, pueden ser contradictorios con este derecho. Así, en ocasiones se puede abrir la posibilidad de la extensión de la política pública de un sexenio a otros (como fue la modificación de la Ley General de Salud respecto a la creación del Sistema de Protección Social en Salud o del Seguro Popular). No en todos los casos es lo mismo y habría que profundizar en cómo los diferentes planes de desarrollo han generado modificaciones a la legislación en torno a los derechos de las y los migrantes en México.

El PND encuentra su fundamento constitucional en el artículo 25 el cual señala que *"…corresponde al Estado la rectoría del desarrollo nacional para garantizar que éste sea integral y sustentable, que fortalezca la Soberanía de la Nación y su régimen democrático y que, mediante el fomento del crecimiento económico y el empleo y una más justa distribución del ingreso y la riqueza, permita el pleno ejercicio de la libertad y la dignidad de los individuos, grupos y clases sociales, cuya seguridad protege esta Constitución".*

En este sentido, *"el Estado planeará, conducirá, coordinará y orientará la actividad económica nacional, y llevará a cabo la regulación y fomento de las actividades que demande el interés general en el marco de libertades que otorga esta Constitución".*

El PND es el documento que establece la estrategia de conducción de la política nacional durante un sexenio. Si bien se construye con fundamento en el artículo señalado, también es cierto que debiera incluirse en su redacción una visión transversal de protección y garantía de los derechos humanos en la que se debería considerar no solamente el fundamento constitucional y las leyes nacionales existentes, sino que también los estándares de protección a los derechos humanos, que a nivel internacional se han construido. Sin embargo la aplicación de estos estándares es mínima.

En materia de salud, la estrategia del gobierno federal para el periodo 2007-2012 se basa principalmente en la prevención. En este apartado no se hace mención de algún lineamiento dirigido a garantizar el acceso a los servicios de salud para las y los migrantes.

En el capítulo en el que se hace referencia al tema de la migración se aborda más desde la emigración de mexicanos hacia el extranjero y se busca

construir *una nueva cultura de la migración, basada igualmente en la prevención la emigración principalmente por razones de desventaja económica*.

De acuerdo con este capítulo, en el diseño de las políticas públicas en materia migratoria, se considerará la especificidad de México como país de origen, tránsito y destino de migrantes. Sin embargo, de las estrategias que se desprenden de este capítulo no hay ninguna que se dirija de manera específica a garantizar los derechos sociales de las y los migrantes, tampoco hay una línea específica destinada a salvaguardar el derecho a la salud de este grupo, no obstante, se puede considerar como base para la construcción de políticas públicas encaminadas a este fin a la primera de ellas, la cual se dirige a respetar y proteger los derechos de los migrantes en México.

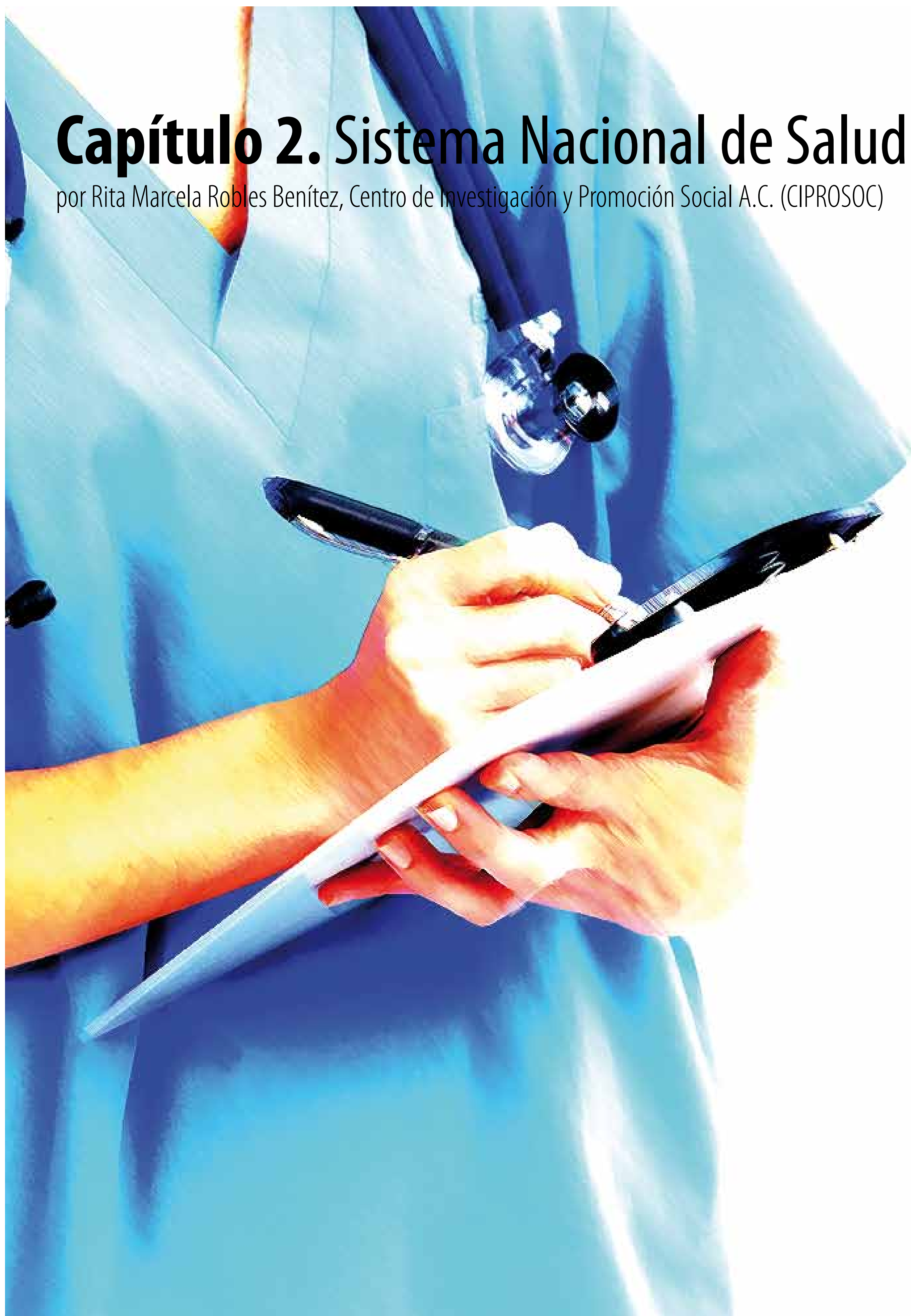
De acuerdo con dicha estrategia *una nueva cultura de migración en México debe sustentarse en la congruencia de garantizar el respeto y protección de los derechos humanos de los migrantes de otros países en suelo mexicano, al igual que se pugna por las garantías de los migrantes mexicanos en el exterior.*

Sin embargo, podemos observar que este objetivo también se enfoca a realizar un reordenamiento, principalmente en la Frontera Sur *para facilitar la documentación de los migrantes que tienen como destino temporal o definitivo los estados de esa región. Al mismo tiempo, se busca impulsar la posibilidad de tener plena "legalidad" en la migración y reducir los incentivos a la ilegalidad en este proceso.* Es decir, el gobierno mexicano continúa considerando a la migración no regular como una actividad "ilegal", lo que contribuye a fortalecer la idea de que la migración no regular puede considerarse un crimen.



Capítulo 2. Sistema Nacional de Salud

por Rita Marcela Robles Benítez, Centro de Investigación y Promoción Social A.C. (CIPROSOC)



La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sistema de salud como el ente que "comprende todas las organizaciones, instituciones y recursos dirigidos a la realización de acción cuyo propósito principal es el mejoramiento de la salud".

En México, de acuerdo con el artículo 5° de la Ley General de Salud, *"el Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud".*

En este sentido, el Sistema Nacional de Salud se integra por los servicios que presta la Secretaría de Salud (SSA), dirigidos a las personas que no cuentan con un empleo formal; el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que presta servicios a las personas que cuentan con un empleo formal dentro del sector privado; así como los servicios que dan el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)) y el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas de México (ISSFAM). Además, existen los servicios de salud con los que cuentan los trabajadores de Petróleos Mexicanos (PEMEX), derivados del Contrato Colectivo de Trabajo y los otorgados a poblaciones vulnerables a través de IMSS-OPORTUNIDADES y el Seguro Popular.

De acuerdo con el PND actualmente, el Sistema Nacional de Salud cuenta con 4,203 hospitales, de los cuales 1,121 son públicos y 3,082, privados. El sector público cuenta con un promedio de 0.74 camas por cada mil habitantes, inferior al valor sugerido por la Organización Mundial de la Salud, que es de una cama por cada mil habitantes. Las instituciones de seguridad social tienen una tasa de 0.87 camas, contra 0.63 de las instituciones que atienden a la población sin seguridad social. Claramente, en nuestro país aún existe un significativo déficit de camas hospitalarias por cada mil habitantes lo cual afecta tanto a la población nacional como migrante.

Situación del Derecho a la Salud y a la seguridad social

En México tanto el sistema de seguridad social como el sistema de salud han sufrido una serie de reformas que han disminuido su cobertura y calidad de los servicios que brindan. La primera modificación aprobada en materia de seguridad social, se da, al igual que en los países centroamericanos en la década de los 90, cuando se reforma la Ley del Seguro Social, misma que entra en vigor a partir de julio de 1997.[35]

Una vez complementada la reforma a la Ley del Seguro Social, el 28 de marzo de 2007 se aprobó la propuesta de reforma a la Ley del ISSSTE. De esta manera se completó uno de los paquetes de reformas sugeridos a nuestros sistema de seguridad

[35] La justificación de la reforma fue la de una crisis financiera que afectaba el IMSS y que requería una solución inmediata. Esta crisis estaba supuestamente relacionada con una transición epidemiológica (la población mexicana estaba pasando de las enfermedades infecto-contagiosas a las de tipo crónico-degenerativo) y una demográfica (de una mayoría de jóvenes se estaba pasando a una mayoría de ancianos). Ambas situaciones incrementaban los costos de la seguridad social y por lo tanto la condenaban a ser inviable en el futuro.

social por parte del Fondo Monetario Internacional (FMI), del Banco Mundial (BM) y OCDE bajo el argumento de que estos cambios permitirían incentivar la inversión privada en el país a un bajo costo laboral y reducir la supuesta carga económica que tenía el Instituto derivada del pasivo laboral (jubilados y pensionados).[36]

Con estas modificaciones fueron privatizados los fondos de pensiones, pero aún queda pendiente continuar con la privatización de la salud.[37] Sin embargo la privatización del seguro de enfermedades en el IMSS sigue presente.[38]

Es importante considerar que a la par de la modificación a la Ley del Seguro Social, en 1995 se llevó a cabo la Reforma del Sector Salud basada en la descentralización y federalización de las funciones de la Secretaria de Salud, pero que también impactó en los servicios de salud otorgados por el IMSS y el ISSSTE.[39]

Esto ha provocado una *"falta de integración operativa y de infraestructura de los servicios de las distintas instituciones públicas, que generan duplicidades y una alta ineficiencia en el uso de los recursos, pero también discriminación en la atención, sobre todo de la población no derechohabiente. Los procesos de descentralización y la emergencia de un sector privado de administradoras de seguros de salud, profundiza la fragmentación y segmentación de la oferta de servicios de salud a la población y por lo tanto la desigualdad en la satisfacción del derechos a la salud de la población"* .[40]

Pero no sólo eso, desde 1995, el sistema de salud atraviesa por un proceso de deterioro de la calidad de los servicios que ofrece, esto con motivo de la reducción al presupuesto[41] del que fue objeto, lo que ha dado origen a *"la privatización selectiva de los servicios de salud, es decir, de aquellos que resultan más rentables para el capital privado, conservando como responsabilidad del Estado los servicios menos rentables y dirigidos a la población más pobre pero con una tendencia a disminuir la inversión, restringiendo los servicios que se incluyen"*[42]. Esta situación rompe con los principios de universalidad, gratuidad y solidaridad social establecidos en los artículo 35 y 36 de la Ley General de Salud además de ser una clara violación al derecho humano al nivel más alto de salud física y mental reconocido en el artículo 12 del PIDESC firmado y ratificado por México, al adoptarse medidas que resultan regresivas en cuanto a la protección del derecho.

---

[36] Ver Rumbo a sistemas de salud de alto rendimiento, estudio realizado por la OCDE durante 2004.

[37] En el Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2006-2007, se hacía hincapié en que los seguros que ahora presentan problemas de financiamiento son Enfermedades y Maternidad (SEM), Guarderías y Prestaciones Sociales (GPS) y Salud para la Familia (SSF), que registrarán pérdidas consecutivas a partir de 2007 y hasta 2009, por lo que, se decía que "el IMSS enfrenta la inaplazable tarea de renovar y adaptar su modelo de atención médica para brindarle mayor flexibilidad con la combinación de opciones, tanto a nivel nacional, como dentro de cada delegación. Para ello se diseñarán esquemas que, manteniendo la rectoría sobre los procesos médicos, se puedan subrogar determinados servicios con otros proveedores, tanto públicos como privados" p.xix

[38] De acuerdo al informe financiero presentado en 2010 por el IMSS, la institución "registró un superávit presupuestario de 12 mil 355.3 millones de pesos, nivel superior en 135.7 por ciento al previsto en el PEF y en 39.7 por ciento al observado en 2009"
http://www.apartados.hacienda.gob.mx/contabilidad/documentos/informe_cuenta/2010/documentos/r03/r03d20.pdf

[39] En septiembre de 1996 se publica el Acuerdo Nacional para la descentralización de los servicios de salud, basado en 4 estrategias: 1) la descentralización a las entidades federativas de los servicios de salud para la población no asegurada, 2) la configuración de sistemas estatales, 3) la ampliación de la cobertura a través de un paquete básico de servicios y, 4) el mejoramiento de la calidad y eficiencia de las instituciones nacionales mediante una mejor coordinación sectorial. Según este acuerdo, el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud se daría a partir de la consolidación de los sistemas estatales y en la medida en que asumieran las responsabilidades que la Ley General de Salud les ha asignado.

[40] Informe Alternativo al IV Informe Periódico del Estado Mexicano sobre la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 1997-2006. p. 59

[41] De acuerdo con datos obtenidos del Plan Nacional de Salud 2007-2012, actualmente México destina apenas un 6.5% del PIB a salud, quedando muy por debajo de lo que destinan otros países de América Latina como Argentina que destina un 8.9%, Brasil y Colombia 7.6% y Uruguay 9.8%.

[42] Informe Alternativo al IV Informe Periódico del Estado Mexicano sobre la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 1997-2006. p. 59

La OCDE, desde el 2004, ha recomendado a sus Estados miembros[43] reducir el gasto público en salud, reforzar los controles administrativos en el sector, analizar la posibilidad de transferir parte de los costos médicos a usuarios y privilegiar una mayor participación de la medicina privada en la atención a los habitantes. Esta situación, sumada a lo señalado anteriormente, nos puede dar una idea de lo que sucederá con el derecho a la salud no sólo en el Sistema Nacional de Salud, también en el seguro de enfermedades y maternidad del IMSS e ISSSTE.

El Seguro Popular, que se analiza en el apartado siguiente, ejemplifica claramente los cambios que ha presentado la salud tanto en el sistema de seguridad social como en el sector salud.

Como se ha señalado anteriormente, el seguro de salud derivado del esquema de seguridad social se financia de manera tripartita (estado-patrón-trabajador) y los problemas que hoy presenta responden más a la falta de creación de empleos estables, evasión de cuotas obrero-patronales, disminución de presupuesto y reformas que han terminado por descapitalizar dicho seguro.

Por su parte los servicios de salud proporcionados por la Secretaría de Salud se financian con presupuesto directo[44] y a través de la fijación de cuotas de recuperación en las que se considera el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas del usuario. Hoy este servicio se ha visto golpeado por la disminución del presupuesto que se le destinaba, de tal manera que en el desglose del Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación (PPEF) 2010 se revelan profundas contradicciones en el presupuesto destinado a este rubro, observándose una sensible disminución en el Ramo 12- Salud respecto del año anterior. En particular se destaca el presupuesto destinado a entidades federativas por concepto de subsidios y la reducción de casi 50% en el gasto de inversión.[45]

CONCEPTO	TOTAL (PESOS)	
	2009	2010
Recursos a entidades federativas/subsidios	8,751,548,191	1,444,782,609
Gasto de Inversión	8,951,557,531	4,076,641,555
Fuente: Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A.C.		

La situación que actualmente guarda el derecho a la salud en México es preocupante, tan sólo de enero de 2000 a enero de 2009, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) recibió 11,854 quejas por violaciones al derecho a la salud cometidas por personal del IMSS, ISSSTE, y SSA, entre otras.[46]

La CNDH observó *el incumplimiento de las obligaciones básicas en el ámbito de la prestación de los servicios de salud, ya que no siempre se garantizan la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad. Entre los problemas más graves se registran la falta de médicos, especialistas y personal de enfer-*

[43] Rumbo a sistemas de salud de alto rendimiento, ob. Cit.
[44] En 2008 el presupuesto asignado al gasto Público en atención a la salud apenas alcanzó el 2.8% del Producto Interno Bruto. Cfr. Indicadores sobre el Derechos a la Salud en México, p. 69.
[45] El recorte a los subsidios para las entidades federativas tendrá severos impactos en los estados más pobres, los cuales dependen de dichas transferencias para la provisión de servicios de salud. Chiapas, Guerrero y Tlaxcala son los estados que registraron el mayor porcentaje de subsidios en el PEF 2009 y que previsiblemente se verán afectados en el próximo ejercicio fiscal. Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A.C. http://www.fundar.org.mx/np2009/pdf/gastosalud.pdf
[46] http://www.cndh.org.mx/recomen/general/015.htm

mería necesarios para cubrir la demanda; la falta de capacitación para elaborar diagnósticos eficientes y otorgar tratamientos adecuados a las enfermedades, y la insuficiente supervisión de residentes o pasantes por el personal de salud.

Asimismo, la falta de infraestructura hospitalaria y de recursos materiales también se presenta como *un obstáculo para garantizar de manera efectiva la protección del derecho a la salud,* ya que en muchas de las quejas se hace referencia de manera reiterada a la insuficiencia de camas; de medicamentos; de infraestructura hospitalaria, principalmente en zonas rurales.

Si bien esta situación impacta de manera directa a la población mexicana, también constituye un obstáculo estructural para lograr que las y los migrantes indocumentados, puedan acceder a servicios de salud adecuados.

Seguro Popular

El seguro popular fue creado como una supuesta solución a la problemática de Sistema Nacional de Salud además de que con él se iba a aminorar el gasto de *"millones de familias"* que carecen de servicios de salud derivados del sistema de seguridad social. Comenzó como un programa de gobierno en 2001, durante el sexenio de Vicente Fox, para lograr en 2003 reformar la Ley General de Salud. El Seguro Popular dejó de ser un programa de gobierno para establecerse como una política de salud transexenal legalmente establecida.

Con esta reforma el sistema de financiamiento del sector salud sufrió un cambio considerable, ya que dejó de basarse en la fijación de cuotas de recuperación -que de por sí iban contra el principio de gratuidad-, para implementarse la *"cultura del prepago"* en los beneficios del sector público de salud. La cuota que las familias tiene que pagar para poder tener acceso a los servicio de salud van aproximadamente de $600, para el decil III de la población, a $10, 000, para el decil X, mientras que los deciles I y II quedan exentos de pago, pero si las familias dejan de cubrir sus pagos pierden el derecho a la asistencia médica, hasta en tanto vuelvan a realizarlo.[47]

Según lo señalado en el PND 2007-2012, uno de los objetivos de este seguro es *"evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal",* por lo que se plantea el acceso de la población con mayores carencias a los servicios públicos de salud promoviendo su incorporación al Seguro Popular, a los programas para no asegurados de la Secretaría de Salud y el IMSS.[48]

De acuerdo al informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas en México las personas migrantes, en especial las mujeres, se enfrentan a un sistema de salud cuya infraestructura y personal es insuficiente para atender a la población nacional, donde la discriminación se incrementa por cuestiones de sexo, condición socioeconómica, situación migratoria y étnica.[49]

---

[47] En virtud de la situación que guarda el derecho a la salud en México el comité DESC, en 2006 señaló que "observa con preocupación que, pese al programa Seguro Popular, aproximadamente la mitad de la población del Estado Parte no tiene derecho a la seguridad social ni a la asistencia social", por lo que exhorta al gobierno mexicano "a que adopte todas las medidas necesarias para prestar asistencia social a quienes carecen actualmente de toda protección, con miras a permitir que las personas y las familias en situación de necesidad, incluidos los trabajadores del sector no estructurado y otros individuos y familias desfavorecidos y marginados, vivan una vida digna". Sin embargo, el Estado mexicano se ha caracterizado por una falta de voluntad para aplicar una política que permita mejorar el acceso y disfrute del derecho humano a la salud.
[48] Algo que no se señala ni el PND ni el Informe realizado por el IMSS, es que el Seguro Popular ha implicado una sobre carga para los trabajadores del Instituto, del ISSSTE y de Salubridad, ya que hasta la fecha, se cuenta con una incipiente infraestructura, pero sin personal propio para atender a su población (poco más de 5 millones 100 mil familias en todo país), a la que se suma la población captada mediante el Seguro Universal para los niños nacidos a partir del 2007. Situación que impacta la calidad con la que se brinda la atención médica.
[49] OACNUDH, El derecho a una vida libre de discriminación y violencia: mujeres indígenas de Chiapas, Guerrero y Oaxaca, México 2008. pp. 31, 33, 40 y 90.

Reglas de operación

Dentro de las reglas de operación del Seguro Popular, encontramos requisitos que prácticamente hacen imposible que las y los transmigrantes o las personas con situación migratoria irregular puedan acceder a los servicios que proporciona el programa.

La población objetivo del Seguro Popular son prioritariamente las familias mexicanas *ubicadas dentro de los seis primeros deciles de la distribución del ingreso, que no sean derechohabientes de la seguridad social, residan dentro del territorio nacional, y que tengan acceso a unidades de salud.*

Los criterios de elegibilidad que tiene que reunir las personas o las familias que quieran tener accesos al Seguro Popular, son los siguientes:

- Residir en las zonas y regiones seleccionadas de las entidades federativas participantes en el Programa SPS.
- No ser derechohabiente de la seguridad social.
- Optar voluntariamente por afiliarse.
- Cubrir la cuota de afiliación correspondiente.
- Presentar comprobante de domicilio.
- Clave Única de Registro de Población (CURP) en caso de contar con ella o acta de nacimiento.

Desde la delimitación de la población objetivo del programa se excluye la posibilidad de que migrantes irregulares y transmigrantes puedan acceder al Seguro Popular sin discriminación por su condición migratoria u origen. También resulta complicado que puedan reunir los requisitos que se solicitan, comenzando por el comprobante de domicilio y la CURP.

Los transmigrantes difícilmente se quedarán a residir en el país, pues su objetivo es cruzar la frontera norte, pero esto no debería impedir la posibilidad de que pudieran contar con un registro ante el Seguro Popular que les permitiera acceder a cualquier clínica o centro de salud dentro de los estados que son ruta migratoria.[50]

En cuanto a los migrantes que se quedan a radicar de manera irregular en el país, si bien pudieran llegar a cumplir el requisito de presentar comprobante de domicilio, el acceso será imposibilitado justo por su condición irregular, ya que en todo trámite dentro de territorio nacional, es necesario presentar credencial de elector misma que sólo se expide a ciudadanos mexicanos, así como el CURP, igualmente sólo otorgado a ciudadanos mexicanos, previa presentación de acta de nacimiento.

El trámite de regulación de una persona migrante es complejo, muchos de ellos son enviados a centros de detención del Instituto Nacional de Migración (INM), y antes de que puedan solicitar la visa que les permita permanecer en territorio mexicano, o que puedan solicitar refugio, son deportados a sus países de origen, por lo que difícilmente un migrante buscará regularizar su situación para poder cubrir los requisitos que marca el Seguro Popular para ser beneficiario.

Como se desprende de las reglas de operación, no se contempló en ningún momento la posibilidad de que las y los migrantes irregulares pudieran acceder a los servicios del Seguro Popular sin importar su condición migratoria.

---

[50] De acuerdo con el párrafo 36 del Segundo informe periódico de México ante el Comité para la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (CMW/C/MEX/2), 14 de enero 2011, a partir del 19 de junio de 2009, la Secretaría de Gobernación (SEGOB) y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, firmaron las Bases de Colaboración27 que tienen por objeto la incorporación de aquellas personas que han sido reconocidas por el Estado mexicano como refugiados como beneficiarios del Seguro Popular, que brinda a la población que carece de seguridad social la posibilidad de obtener un seguro en materia de salud. Esto permitirá que los más de 1.000 refugiados en México y sus familias reconocidas cuenten con servicios de salud a través del Seguro Popular.



Capítulo 3. Políticas migratorias

por Eva Reyes, Centro de Estudios Sociales y Culturales Antonio de Montesinos (CAM)

En el capítulo anterior hemos señalado las principales leyes, tanto nacionales como internacionales, sobre las cuales se basa la construcción de políticas públicas en materia de salud y en materia de migración.

Como resulta de los apartados anteriores, para la construcción de políticas públicas, en México, resulta fundamental el PND. Sin embargo, durante el actual sexenio, el tema de los derechos humanos de las y los migrantes no es un tema prioritario. Las líneas principales del PND con relación a la migración se enfocan principalmente a temas de seguridad, en ese sentido se establece que es necesario: *"Atender especialmente el reordenamiento de las fronteras para hacer de estas regiones lugares más prósperos y más seguros. Las fronteras deben ser puertas para el desarrollo, no para la delincuencia";"Impulsar una coordinación interinstitucional para la atención del fenómeno de la migración infantil. Es necesario prevenir y atender las necesidades de los niños, niñas y adolescentes migrantes y repatriados que enfrentan las problemáticas colaterales a que están expuestos, así como promover acciones coordinadas de protección familiar e infantil"*[51]

Si bien el PND ha señalado algunas líneas en materia de migración, lo cierto es que se ha priorizado el resguardo de las fronteras y la contención del flujo migratorio. La formulación y ejecución de políticas migratorias le corresponde al Poder Ejecutivo Federal, de acuerdo a la distribución de competencias de las secretarías de Estado, pero corresponde a las Secretarías de Gobernación[52] (SG)y de Relaciones Exteriores[53] (SRE) dirigir la política de población en México, y por lo tanto, la política migratoria de conformidad con Ley General de Población[54] y su reglamento.

La SG a través de su órgano técnico desconcentrado, el Instituto Nacional de Migración, considerada una instancia de seguridad nacional (Acuerdo 2005) aplica la legislación migratoria vigente, planea, ejecuta, controla, supervisa y evalúa los servicios migratorios, al igual que las relaciones de coordinación con las diferentes dependencias de la Administración Pública Federal que concurrieran en la atención y solución de los asuntos relacionados con la materia. El INM conforme a su reglamento debe ser respetuoso de las garantías constitucionales, a los derechos humanos, a la equidad de género.

Programas Estatales

México ha conducido su política migratoria con sujeción a los intereses norteamericanos, lo que implica que se hayan incluido estrategias de defensa militar desplegadas en ambas fronteras du-

[51] Plan de Desarrollo, 2007-2012: E-20.1
[52] La Ley General de Población, expedida por el Congreso de la Unión, en su Art. 2 decreta que el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Gobernación, dictará, promoverá y coordinará en su caso, las medidas adecuadas para resolver los problemas demográficos nacionales.
[53] El Art. 89 frac. X de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece que es prerrogativa del Presidente de la República dirigir la política exterior y celebrar tratados internacionales, sometiéndolos a la aprobación del Senado. Así mismo, enuncia los principios normativos que se deberán seguir en política exterior: la autodeterminación de los pueblos, la no intervención, la solución pacífica de controversias, la proscripción de la amenaza o el uso de la fuerza en las relaciones internacionales, la igualdad jurídica de los Estados, la cooperación internacional para el desarrollo, y la lucha por la paz y la seguridad internacionales. Cfr. Con Estrada 2006
[54] Ley reglamentaria del artículo 73 frac XVI de la Constitución.

rante los últimos 15 o 20 años, situación que se refleja en una serie de acciones:

- La militarización de la Frontera Sur en 1994[55];
- La operación denominada "Sellamiento contra el narcotráfico" que se impulsó de 1999 a 2003 de Yucatán hasta el Golfo de California y toda la frontera norte;
- "The Smart Border Agreement" (Acuerdos sobre Fronteras Inteligentes) para la frontera norte entre México y Estados Unidos, suscrito en 2002, que incluye 22 compromisos específicos;
- La creación del Grupo de Alto Nivel para la Seguridad Fronteriza (GANSEF) entre México-Guatemala y Belice cuya finalidad es el intercambio de información,
- Acciones bilaterales para la prevención de actos terroristas y deportación garantizada de "ilegales" (sic).[56]

A través de la SRE, el Centro de Investigación y Seguridad Nacional (CISEN), el INM y la Procuraduría General de la República (PGR), fortalecieron la cooperación trilateral. En 2008 se implementó el Sistema Integral de Operación Migratoria (SIOM) y se acordó un Plan de Seguridad Fronteriza que incluye líneas de acción para atender las temáticas relativas a la seguridad fronteriza. [57]

En esta lógica se encuentra instaurado el *Programa de Dignificación de Estaciones Migratorias* que, inició en el 2003 y que tiene por objeto mejorar las condiciones físicas y servicios de las instalaciones destinadas al aseguramiento de migrantes indocumentados.

Actualmente, el INM cuenta con 48 estaciones migratorias ubicadas en 23 estados con capacidad total de alojamiento de 3,958 personas.

El Plan Mérida de "lucha contra el terrorismo"[58] y el Plan Puebla Panana[59]. El *Programa de Migración para la Frontera Sur*[60], de acuerdo con la Asociación Latinoamericana de Organizaciones de Promoción (ALOP), ha permitido la institucionalización de las tareas de control y vigilancia, en los tres niveles de gobierno (recientemente con la participación del Ejército); así como establecer una barrera para los flujos migratorios lo que ha implicado, que ahora los cruces se realicen por zonas más inhóspitas, aumentando los riesgos para la integridad y seguridad de las personas.

Del 2001 al 2002 se reportó una disminución de cruces indocumentados en la frontera sur del 43% (Segundo Informe de Gobierno Vicente Fox, 2002) lo cual responde al endurecimiento de las políticas migratorias en Estados Unidos después de los

---

[55] Se crearon los GAFEs – Grupos Aeromóviles de Fuerzas Especiales – con una clara función contrainsurgente, la SEDENA creó 7 nuevas ZM (zonas militares), las BOM – Bases de Operaciones Mixtas (instalando 10 en Chiapas) – modalidad paramilitar de control conjunto de parte de fuerzas federales y estatales, militares y de policía. Se aceptó el entrenamiento de parte de Estados Unidos (IMET – programa internacional de educación y entrenamiento militar).

[56] Tirado, 2005

[57] Recientemente, en abril del 2009, se conformó entre el gobierno de Estados Unidos y México, un Grupo de Alto Nivel sobre migración a fin de facilitar el tránsito documentado de personas, la protección de los derechos de los migrantes y los procedimientos de repatriación, INFOMIGRATORIA, 2009

[58] Es de notar que el gobierno de Estados Unidos incluyó en su momento el paquete de "ayuda" de 1400 millones de dólares del Plan Mérida en su petición de fondos extraordinarios destinados a reforzar la intervención militar en Irak y Afganistán.

[59] México impulsa la iniciativa denominada Plan Puebla Panamá en el año 2001 con el objetivo de contribuir a mejorar la calidad de vida de los habitantes de Centroamérica y México para brindarles mejores oportunidades de progreso. El 28 de junio de 2008, los mandatarios de Centroamérica, Colombia y México participaron en la X Cumbre del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla, en la Ciudad de Villahermosa, Tabasco, con el objetivo de revisar el proceso de reestructuración del Plan Puebla Panamá (PPP) —iniciado en la Cumbre para el Fortalecimiento del PPP celebrada en abril de 2007 en la ciudad de Campeche—,y acordaron su evolución hacia el Proyecto de Integración y Desarrollo de Mesoamérica: "Proyecto Mesoamérica" (SRE, 2009)

[60] El Programa de Migración para la Frontera Sur tiene los siguientes objetivos: a) la facilitación de la documentación de los flujos migratorios, b) mayor protección de los derechos de los migrantes, c) mayor seguridad fronteriza, d) todo con base en una mayor y mejor infraestructura material y tecnológica (INM, 2009)

atentados del 11 de Septiembre del 2001. Si bien en el discurso las políticas migratorias contemplan el debido cumplimiento a los derechos humanos; en la realidad están subordinadas a acciones de seguridad nacional, incluso si son contrarias a los derechos humanos.

La seguridad fronteriza es uno de los objetivos del actual PND; el último informe reporta la creación de unidades mixtas de policías federales y estatales con el apoyo de las fuerzas armadas (Segundo Informe de Ejecución del Plan Nacional de Desarrollo, 2007-2012).

Como resultado de estas medidas, la Policía Federal puso a disposición ante el INM y ante el Ministerio Público (MP) a 10,003 indocumentados, en su mayoría procedentes de Guatemala, Honduras y El Salvador.[61] De esta cifra, 6,816 inmigrantes fueron interceptados por la Policía Federal a través de los operativos conjuntos. Tan sólo en el operativo Chiapas-Campeche-Tabasco fueron asegurados 4,321 inmigrantes y 1,390 en el operativo Veracruz. Se cumplimentaron a nivel nacional un total de 599 órdenes judiciales restrictivas de libertad por violación a la Ley General de Población; asimismo, en cumplimiento a órdenes ministeriales de investigación fueron detenidos 1,594 por violación a la misma Ley.

México ha firmado un Memorándum de Entendimiento entre los gobiernos de República de el Salvador, República de Guatemala, República de Honduras y de la República de Nicaragua para la repatriación ordenada, digna, ágil y segura, suscrito el 5 de mayo de 2006 y su anexo del 26 de abril de 2007.[62] En el año 2008 se realizó un total de 88,955 eventos de repatriación de extranjeros, de los cuales 55,561 se efectuaron en el marco del Memorándum de Entendimiento.[63]

Finalmente, el Programa de Reordenamiento de la Frontera Sur entra en la lógica de promover el desarrollo de infraestructura y regular el flujo migratorio. Está orientado a facilitar la documentación de los migrantes que tienen como destino temporal o definitivo los estados de esa región. Pretende impulsar la posibilidad de tener plena legalidad en la migración y reducir los incentivos a la "ilegalidad" *(sic)* en este proceso; llevar a cabo acciones para estimular el empleo temporal en zonas con vocación para absorber mano de obra, y a buscar la concurrencia de Guatemala para establecer un programa similar en ese país y facilitar la documentación legal de los migrantes.

Para ello, en 2008 se inició la distribución de las nuevas formas migratorias para trabajadores fronterizos (FMTF) y visitantes locales (FMVL) de la Frontera Sur, en los puntos de internación de Subteniente López en Quintana Roo; Talismán, Ciudad Cuauhtémoc y la Unión, en el estado de Chiapas[64].

En marzo de 2008 el INM introdujo la *Forma Migratoria para Trabajadores Fronterizos* que permite el ingreso documentado de trabajadores de Guatemala y Belice para laborar en los estados de Chiapas, Campeche, Tabasco y Quintana Roo. Bajo este Programa se amplió la *Forma Migratoria de Visitantes Locales*, que otorga facilidades a los visitantes guatemaltecos, a fin de que la población transfronteriza pueda ingresar en tránsito local en los estados de Chiapas, Tabasco y Campeche[65]. Al 31 de diciembre de 2008, se regularizaron a 14,447

[61] México EPU, 2008. P. 125
[62] Centro de Estudios Migratorios del Instituto Nacional de Migración, 2009
[63] Segundo Informe de Ejecución del Plan Nacional de Desarrollo, 2007-2012
[64] idem
[65] Autoriza la entrada por cualquier lugar autorizado de manera oficial a lo largo de la frontera de México con Guatemala; establece como poblaciones destinadas al tránsito local, los municipios que se encuentran dentro de una distancia de 100 kms en los Estados de Chiapas, Tabasco y Campeche (72 municipios). Hasta junio de 2008, se habían emitido 3,588 FMTF y 1,613 FMVL en Chiapas, así como 237 FMVL en Quintana Roo. (México EPU, 2008:126).

trabajadores fronterizos y 9,458 visitantes locales.[66]

Por otra parte, en abril del 2007 se regula la internación o regularización por razones humanitarias o interés público; esta modalidad se distingue de las figuras de asilo, refugio o protección complementaria. A través de este acuerdo, se puede autorizar tanto la internación como la regularización, en cuyo caso se documentará como *"No Inmigrante, Visitante, estancia humanitaria"*, con el permiso de dedicarse al ejercicio de cualquier actividad lícita y honesta, se autoriza hasta por un año y podrán concederse hasta 4 prórrogas por igual temporada sin exigencia de documentación adicional, con entradas y salidas múltiples.[67]

La protección complementaria a su vez se distingue de las figuras de asilo y refugio en que justo esta figura es creada para proteger a personas que necesitan de la protección por estar en peligro de ser sometido a la tortura o a cualquier otro tratamiento o castigo cruel, inhumano o degradante, y el peligro de sufrir una violación al derecho a la vida o a la libertad sin embargo no encuadran en la definición formal de "asilado o refugiado". En este sentido para solicitar esta protección debe existir una negativa de otorgar asilo o refugio, esto duplica inmediatamente los tiempos de espera para beneficiarse de esta figura.[68]

Finalmente en marzo del 2007 se crea la Circular No. 189/2007 sobre regularización de Testigos y Víctimas. Para acceder a esta protección anual la cual se puede renovar hasta 4 años, es necesario que la víctima o testigo hagan del conocimiento a los delegados migratorios que cuentan con esta calidad y deberán acreditarlo. Esta opción abre una puerta para las víctimas del delito o testigos ya que se les otorga una visa como no migrante con posibilidad de trabajar, no obstante la protección a testigos es incipiente.

El 11 de noviembre de 2008 entró en vigor el Programa de Regularización Migratoria el cual tiene como objetivo brindar facilidades a los extranjeros que viven de manera irregular en territorio nacional para que puedan regularizar su situación y obtener su documentación migratoria. El programa es aplicable a los extranjeros que hayan ingresado a México antes del 1º de enero de 2007.[69]

Programas de salud en la política migratoria

El INM no cuenta con programas establecidos directamente para promover derechos económicos sociales o culturales como salud o educación por mencionar algunos, y mucho menos prevé la transversalidad de género ni contempla programas específicos para atender a mujeres. Podemos observar que si bien existe presupuesto destinado a la atención a la salud, que se han remodelado y adecuado las estaciones migratorias, es decir, a pesar de la normativa y de la infraestructura, existe una simulación de la atención digna a las y los transmigrantes, sin perspectiva de género y no sensible a las problemáticas especiales que en-

[66] Segundo Informe de Ejecución del Plan Nacional de Desarrollo, 2007-2012
[67] Circular CRM/ 04/ 07
[68] Circular NO. CRM/016/2007 De Protección Complementaria
[69] Los requisitos de este programa son: vigencia de dos años y medio a partir de su publicación; se aplicará a los extranjeros de cualquier nacionalidad que se encuentren de manera irregular en territorio nacional y manifiesten su interés de residir en el mismo; podrán ser beneficiados por este programa quienes tengan un trabajo lícito, sean cónyuges de persona mexicana o extranjera legalmente establecida en México; tengan parentesco consanguíneo en primer grado, o tengan por lo menos un año de vivir en unión libre con persona mexicana o extranjera legalmente establecida en México, con lo que se da mayores facilidades para que los extranjeros obtengan su documentación migratoria en la calidad de inmigrante (Segundo Informe de Ejecución del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012) Cabe mencionar que tanto el sistema de regularización como la práctica común del INM prevé que para acceder al estatus de "dependiente económico" o bien para acceder a su regularización por cuestiones laborales la Ley General de Población en el artículo 43 exige anualmente el consentimiento por escrito de su pareja o del empleador por medio de una carta, lo que provoca que si vive una situación de violencia familiar o laborar difícilmente la denuncie por miedo de perder su calidad migratoria, e incluso de perderla a voluntad de su pareja o de su empleador, dejando en un estado de completa vulnerabilidad a las mujeres migrantes.

frentan las mujeres durante el cruce de la frontera sur y su recorrido por el territorio nacional.

En el año 2000 se incorporó en el Reglamento de la Ley General de Población la facultad de la autoridad migratoria para crear grupos de protección a migrantes con la participación de los estados y municipios (INM, 2009). Es así como se conforman los Grupos Beta que operan en las rutas de migrantes en las fronteras norte y sur. Estos Grupos tienen el mandato de brindar asistencia a migrantes lesionados o heridos; realizar actividades de localización y asistencia jurídica, entre otras. Actualmente operan 20 oficinas en el país.

De conformidad con la información institucional, durante 2006 y 2007 se rescataron 10,723 migrantes, 867 fueron atendidos por lesiones y heridas, 211 fueron localizados, 152,517 recibieron asistencia social, 264 asistencia y gestoría jurídica, 783,544 orientación, mientras a 371,018 se les otorgaron Cartillas del Migrante y a otros 345,972 trípticos guía preventiva, finalmente se atendieron a 144,532 migrantes repatriados y a 90 mutilados.[70]

El Grupo Beta contó con un presupuesto para el 2009 de 22.6 millones de pesos[71]. Los extranjeros alojados en estaciones migratorias hasta octubre del 2009 fueron 59 597[72]. Si este número se compara con los 9,758 migrantes víctimas de secuestro reportados por la CNDH de septiembre de 2008 a febrero de 2009[73] y con los datos ofrecidos hasta octubre del 2009 por el Grupo Beta se notará la poca eficacia que tienen para atender a los migrantes; pues reportan haber atendido a 3,212 migrantes rescatados (es decir, una tercera parte aproximadamente de los que han sido víctimas de secuestro), 657 lesionados o heridos, 140 extraviados y localizados[74], 178,435 con asistencia social[75], 215 con atención jurídica, 96 no presentaron queja, 95 si presentaron queja, 24 presentaron denuncia, 193,417 recibieron orientación[76], 104, 292 migrantes repatriados atendidos[77] y la realización de 13,018 patrullajes.

Según el *"Quinto Informe Sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Migrantes en Tránsito por México"* elaborado por el Albergue Belén, Posada del Migrante; Humanidad Sin Fronteras A.C.; Frontera Con Justicia, A.C., así como el Informe especial de la CNDH sobre los casos de secuestro en contra de migrantes presentado el 15 de junio de 2009; durante el período de septiembre de 2008 a febrero de 2009 se han registrado 9,758 víctimas de secuestro con un cálculo aproximado de 25,000,000 de dólares obtenidos por los plagiarios.

Con ayuda del Registro Nacional de Agresiones a Migrantes, la CNDH obtuvo los siguientes datos: El 55% de los secuestros se realizó en los estados del sur del país; el 11.08% en las entidades del norte; el 1.2% en la zona centro. Los casos en el resto de las entidades son: Veracruz y Tabasco encabezan la lista de plagios con 2,944 y 2944 respectivamente; Tamaulipas; 912; Puebla: 92; Oaxaca: 52; Sonora: 45;

[70] México EPU, 2008:129
[71] Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal, 2009.
[72] Eventos de extranjeros alojados en estaciones migratorias, según entidad federativa, (INM, 2009).
[73] CNDH, 2009.
[74] Incluye únicamente eventos de migrantes reportados como extraviados y que fueron buscados y localizados por los Grupos Beta de protección a migrantes. El periodo de búsqueda es máximo de un mes, a partir de la fecha de reporte. Las cifras corresponden a los localizados durante el mes calendario. (INM, 2009).
[75] La asistencia social brindada a los migrantes incluye uno o más de los siguientes apoyos: alimentos, refugio, atención médica menor, traslados a centros hospitalarios para atención médica mayor, o asesoría en diversos trámites administrativos. (INM, 2009).
[76] Incluye a migrantes que recibieron orientación acerca de los riesgos físicos a que se encuentran expuestos, así como de sus derechos humanos. La orientación brindada es de manera verbal, además se les pudo haber entregado una cartilla y/o tríptico con la información antes mencionada, sin importar su nacionalidad o situación migratoria (INM, 2009).
[77] Las cifras incluye a los migrantes mexicanos devueltos desde Estados Unidos, a los cuales se les brindó atención médica, social y/o jurídica (INM, 2009).

Chiapas: 42; Coahuila: 17; San Luis Potosí: 15; Estado de México: 6; Guanajuato, Nuevo León y Tlaxcala, 5 cada uno; Chihuahua: 2 y Distrito Federal con uno. En 3,237 casos no fue posible identificar el lugar en el que fueron secuestrados. 2,464 plagios ocurrieron en alguna parte del tendido ferroviario y 34 en alguna estación del ferrocarril. El 67% de los secuestrados procedían de Honduras; el 18% eran salvadoreños; el 13 % guatemaltecos; también se detectaron migrantes secuestrados procedentes de Nicaragua, Ecuador, Brasil, Chile, Costa Rica y Perú y se reportan mujeres migrantes que fueron prostituidas o vendidas con fines de explotación sexual, lo cual trae graves consecuencias tanto a la salud física como mental donde el Estado debe hacerse cargo de su reparación.

De los migrantes secuestrados, el 67.44% viajaban acompañados, es decir, se trata de secuestros colectivos que permiten obtener en una sola acción mayores recursos y potencian el pánico de los plagiados hacinados en espacios reducidos. 91 migrantes secuestrados revelaron complicidad entre la delincuencia y las policías de diversas corporaciones: federales, estatales municipales, incluso, algunos hablan de posibles militares inmiscuidos en la "industria" del secuestro. 5,723 migrantes fueron secuestrados por polleros; 3,000 más cayeron en manos de diversas bandas; 427, fueron sorprendidos por *Los Zetas*; en 44 casos los *Maras* llevaron a cabo el plagio. Nueve de cada diez víctimas padecieron amenazas de muerte, fueron amagados con armas de fuego o blancas si no pagaban el rescate, y al menos 1,456 fueron amarrados de pies y manos; drogados, quemados, golpeados con puños, pies, armas, garrotes, palos y otros objetos.[78]

Por otro lado, el 2 de febrero de 2007, entró en vigor la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia que obliga a las entidades federativas a legislar utilizando definiciones de violencia más amplias y se caracteriza por incluir nuevas formas de defensa para las mujeres en la forma de "órdenes de protección". Esta ley contempla un Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres y un Sistema Nacional de Prevención, Atención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres, que servirán para coordinar la aplicación de la ley a nivel federal.

Si bien esta Ley no hace especial mención a las mujeres migrantes establece los ámbitos y modalidades de la violencia contra la mujer Y en consecuencia, el Instituto Nacional de la Mujer tiene la facultad de actuar en materia de prevención de trata y tráfico de mujeres, más no en atención.[79]

En 2008 se crea una Subdirección Especial de Migración y Trata de Personas, cuya encomienda es la visibilización de la problemática, pues la atención corresponde a la Fiscalía especial de atención a las mujeres víctimas de violencia y trata de personas (FEVIMTRA).[80]

En materia de trata de personas el INM reporta haber instalado 32 Comités Interinstitucionales de Atención a Víctimas de Trata de Personas en cada

[78] CNDH, 2009.
[79] Es importante señalar que En seguimiento a la Recomendación general Nº 26 del Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Secretaría de Salud (SS) emitió el oficio Nº 326, en donde insta a las Secretarías Estatales de Salud a brindar el acceso a la salud a las mujeres migrantes trabajadoras, independientemente de su nacionalidad y calidad migratoria. Cfr. Segundo informe periódico de México ante el Comité para la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (CMW/C/MEX/2), 14 de enero 2010, párrafo 58.
[80] La FEVIMTRA se creó para dar cumplimiento a Ley para prevenir y sancionar la trata de personas (DOF 27/12/2007), mediante acuerdo del ejecutivo(2008ACUERDO A/024/08). Cuenta con 3 Centros de Atención Integración (Distrito Federal; Tapachula, Chiapas y Ciudad Juárez, Chihuahua), Centro de atención telefónica, un equipo de atención ubicado en Ciudad de Veracruz y de servicios itinerantes brindado por personal que se traslada a cualquier parte del país
[81] De acuerdo con las competencias de las dependencias que los componen y ha creado una línea de atención la Línea 01800 TRATA, el correo casosdetrata@inami.gob.mx.

uno de los estados del país, con el mandato de crear una infraestructura de protección a las víctimas y de combate a la trata.[81] En cuanto a la atención con refugios reporta la colaboración de instituciones públicas y de organizaciones de la sociedad civil sin detallar en qué consiste esta colaboración.

La FEVIMTRA ejerce un presupuesto de 22.2 millones de pesos para investigar desapariciones y asesinatos de mujeres y 70.0 millones de pesos para refugio de mujeres víctimas de violencia y trata. En el período 2008 fueron atendidas sólo 29 mujeres posibles víctimas de trata,[82] y se puso en funcionamiento el refugio especializado en atención integral y protección a víctimas de trata personas a cargo de la Fiscalía, que constituye un espacio de alta seguridad para atender y alojar a las probables víctimas del delito de trata de personas. Desde mediados de 2009, en este inmueble se está atendiendo a probables víctimas de trata. Además, en 2008 y 2009, se ubicó a un total de 72 mujeres en el Programa de Atención en Refugio, y les brindó apoyo especializado en todos los Centros de Atención Integral FEVIMTRA.

Por su parte el Gobierno del estado de Chiapas creó en diciembre de 2008[83], la Secretaría para el Desarrollo de la Frontera Sur. Su finalidad es estructurar, impulsar y promover el desarrollo de la región, funcionando como instancia coordinadora y de enlace de Chiapas en todos los proyectos de integración y desarrollo de los estados del sureste con los países centroamericanos, gestionando proyectos regionales del sur de México y países centroamericanos. Está conformada por dos subsecretarías, la de Cooperación Internacional y Atención al Migrante y la de Desarrollo Mesoamericano. En la primera aparece la Dirección de Atención al Migrante, de la que dependen los departamentos de Estudios Migratorios, Promoción de los Derechos Humanos y Protección a Migrantes. A los 100 días de su creación, la Secretaría había prestado un total de 230 atenciones, desglosadas por sexo, tipo de atención y nacionalidad.

Más allá de las personas atendidas y que se podrán atender en el futuro, esta institución cumplirá la función de coordinar los esfuerzos de diferentes instituciones y niveles de gobierno en lo que se refiere a políticas, planes, programas y proyectos en materia migratoria.

A nivel legislativo, el Congreso del Estado de Chiapas ha hecho un conjunto de reformas a la Constitución estatal junto con la aprobación de nuevas leyes en las que se ha eliminado la palabra "ilegal" de todas las leyes de Chiapas por tratarse de un término discriminatorio y equívoco[84]. Se garantiza el derecho de la niñez a la identidad, a través de la inscripción, como ciudadanas/os mexicanos, de niñas y niños nacidas/os en Chiapas de padres y/o madres extranjeros, aunque estén en situación irregular.

En octubre de 2008 se conformó una Comisión intersecretarial para la atención a trabajadores migrantes, cuyo objetivo es velar por el ejercicio de sus derechos otorgando certeza jurídica, seguridad, previsión social y educación, armonizando las acciones de instituciones estatales y federales en este sentido.[85]

El gobierno de Chiapas ha instalado una oficina de enlace de la Procuraduría de la defensa del trabajo en la "Casa Roja" de la comunidad fronteriza de

[82] FEVIMTRA, 2009
[83] Decreto No. 019 en el Periódico Oficial No. 132 de fecha 24 de Diciembre de 2008. creación y atribuciones de la Secretaría para el Desarrollo de la Frontera Sur.
[84] INM, 2009, publicado el 27/07/2009 por Webm@ster del Insituto Nacional de Migración – SEGOB. En el marco de este plan de promoción de los derechos humanos de las/los migrantes, destacan varias acciones en cuanto a los derechos laborales, a la salud, los derechos de las mujeres, en particular a una vida libre de violencia, al acceso a la justicia.
[85] Diario la voz del sureste, 6.11.2009



Talismán. Ésta ofrece asesoría social y jurídica profesional a los jornaleros y/o habitantes extranjeros que tienen la intención de laborar en las fincas chiapanecas de forma temporal. Además, dos unidades móviles con personal especializado visitan las fincas de la zona, sobre todo cafetaleras. A través de inspecciones laborales, se está combatiendo la explotación infantil en las fincas cafetaleras, y en la actualidad existen 17 fincas certificadas.[86] Asimismo, se están instalando aulas temporales para que niñas y niños de trabajadoras y trabajadores agrícolas puedan tener acceso al derecho a la educación, contando actualmente con 15 escuelas en la parte alta del municipio de Tapachula. De la misma manera se ha apoyado al INM en su programa de regularización de trabajadoras y trabajadores agrícolas fronterizos.[87]

Una de las iniciativas que más consenso han suscitado es la creación de la Fiscalía Especializada en delitos cometidos en contra de migrantes, de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Chiapas (PGJE), en julio del 2008, con el objetivo de garantizar a todos los inmigrantes que pisan tierras chiapanecas el acceso a una justicia pronta y expedita, y el pleno respeto a sus derechos y garantías individuales.[88]

En una reunión sostenida con los cónsules de los países centroamericanos, el titular de la Fiscalía especializada, Enrique Méndez Rojas, informó que de enero a octubre del mismo año se habían detenido a 42 personas por diferentes delitos, entre ellos 12 secuestradores, y se habían iniciado 509 indagatorias.[89] La Fiscalía cuenta con agencia en los municipios más críticos en cuanto a la violencia contra migrantes, Tapachula, Arriaga y Palenque[90] y ha realizado algunas detenciones y operativos que se han ganado las primeras planas de los medios de información locales.[91]

En abril de 2009 se aprobó la "Ley estatal para combatir, prevenir y sancionar la trata de personas en Chiapas. Desde finales de 2005 la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) abrió su proyecto de lucha contra la trata y de apoyo a las víctimas. Se han conformado varias redes: la Red Local Anti Trata, promovida por la misma OIM, la Red contra la Trata promovida por la CNDH y el Comité Interinstitucional contra la Trata.

---

[86] Juan Sabines, intervención, Primer Congreso sobre migración, trata y derechos humanos, p. 2
[87] Diario la voz del sureste, 6.11.2009
[88] Contacto digital 14.12,2009
[89] Expreso Chiapas, 11,11,2009
[90] Gobierno de Chiapas 2009
[91] En el mes de mayo de 2009 han sido detenidos dos integrantes de una banda de asaltantes que operaba en el desvío Durango, es decir en el basurero, de Arriaga y dos asaltantes en Pijijiapan. En junio otros tres presuntos integrantes de una banda de asaltantes del basurero de Arriaga (Informativo Chiapas .tv, 23.6.2009). En julio en un operativo en las cercanías de Palenque se ha rescatado a 51 secuestradas/os y detenido a 11 secuestradores Gobierno de Chiapas 2009). En septiembre se han liberado dos centroamericanos y se ha detenido un secuestrador en Palenque Gobierno de Chiapas 14.09.2009). También en septiembre, se ha detenido en Arriaga un secuestrador que ha declarado ser miembro de la MS13 enrolado en los Zetas. Infiltrado entre las/los migrantes, recogía informaciones sobre sus movimientos.

OIM está en la Frontera Sur desde noviembre de 2005 con el programa de combate a la trata y asistencia a las víctimas. Se inició con capacitaciones para hacer visible y reconocible la trata tal como está definida en el protocolo de Palermo, con asistencia a víctimas adultas y menores de 18 años. El problema más serio ha sido la detección de las víctimas. A la OIM le ha sido complicado coordinar con la policía estrategias de inteligencia para la detección. En 2006 se trabajó para crear mecanismos de colaboración interinstitucional, constituyéndose la Red Local Anti Trata. Actualmente la OIM no participa directamente en la asistencia a víctimas.

En cuanto a las estaciones migratorias, como afirma Sin Fronteras en su informe *"Situación de los derechos humanos de los migrantes en México"*, presentado en México el 18 de diciembre del 2009: Al privar a los extranjeros de su libertad en las estaciones migratorias, se vulneran sus garantías fundamentales, como el debido proceso y el acceso a la justicia. Aunque se reconoce que hubo avances con la modernización de las instalaciones, principalmente en Tapachula, y ahora "son menos indignas que antes", prevalecen deficiencias como falta de limpieza y cobertura de necesidades básicas de los migrantes.[92]

[92] Cruz Martínez, Ángeles. La política migratoria mexicana, esquizofrénica y limitada, acusan. La Jornada. 19.12.2009. México, D.F.



Capítulo 4. El derecho a la salud en países de Centro América

"Allá si uno se enfermaba y le tocaba ir a uno como a una hora a recibir medicamento. No había un servicio pues cerca del lugar tenías que ir como a una hora y hacer una fila estar esperando todo eso"
Félix, migrante nicaragüense, 17 años.

Pobreza y desempleo

De acuerdo con las entrevistas que se realizaron a migrantes en tránsito contactados, encontramos que en su mayoría carecían de servicios de salud en sus países de origen, no habían estado registrados ante el Seguro Social y, por lo tanto, muy pocas veces podrían enfrentar los gastos elevados que implicaba la salud.

Si bien el derecho a la salud se encuentra reconocido en las Constituciones de El Salvador (artículo 65), Guatemala (artículos 93, 94 y 95), Honduras (artículo 145) y Nicaragua (artículos 59 y 105), su reconocimiento no basta para hacerlo realizable, ya que el acceso a la salud depende de muchos factores que se encuentran interrelacionados directa o indirectamente, como el medio ambiente, las cuestiones culturales, condiciones del trabajo, el salario, la educación y la alimentación por mencionar algunos. La situación económica y social que prevalece en estos países, hace que sean los principales expulsores de población migrante a la frontera sur de México.

De esta manera, al igual que México, los países centroamericanos enfrentan una serie de problemas estructurales que niega a sus poblaciones la posibilidad de acceder a un nivel de vida adecuado así como a disfrutar del más alto nivel de salud física y mental. Entre los principales problemas que enfrentan se encuentra el desempleo y la pobreza, así como las reformas estructurales a los sistemas de salud, que han buscado privatizar la atención médica, esta situación genera que un gran número de personas emigren de sus lugares de origen, con el objetivo de encontrar condiciones que les permitan mejorar su nivel de vida.

En el caso de El Salvador donde existe una población de 6 millones 500 mil habitantes, de acuerdo con Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) sobre Centroamérica, el 21,4%, es decir 1 millón 393 mil 214 personas, sobreviven con menos de un dólar diario.

En El Salvador durante el 2010 se perdieron 70 mil empleos debido al cierre de empresas maquiladoras como consecuencia del impacto que tuvo la crisis internacional en la economía salvadoreña. El 48% de los salvadoreños está desempleado, colocándose en el tercer lugar de los países con mayor desigualdad en América Latina, después de Haití y Honduras.[93]

En Guatemala, de acuerdo con un informe presentado en julio de 2010 por la Universidad de San Carlos, el 80% de la población vive en condiciones de pobreza[94], mientras que el 52% ciento de las familias guatemaltecas está en riesgo moderado de sufrir inseguridad alimentaria.

---

[93] Telesur. http://multimedia.telesurtv.net/20/1/2011/25008/aumenta-el-desempleo-en-el-salvador/. Crf. http://www.pnud.org.sv/2007/idh/
[94] Guatemala tiene una población total de 14 millones de personas, por lo que, considerando que el 80% de su población de encuentra en pobreza, tenemos que 11 millones 200 mil personas se encuentran en esta condición.

En este sentido, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) más de la mitad de la población estimada en Guatemala, no está en posibilidad de acceder a la canasta básica vital en virtud de que, con el salario mínimo mensual, una familia promedio con cinco integrantes, apenas puede pagar cerca del 50% de la canasta básica. Los guatemaltecos deben erogar al mes tres mil 712 quetzales (equivalentes a 469,87 dólares) para cubrir el costo de la canasta básica vital (que incluye servicios), mientras que para la alimentaria la cifra es de dos mil 34 quetzales (257,46 dólares).

Según el INE, la Población Económicamente Activa (PEA) en Guatemala es de cerca de 5.7 millones de personas, de las cuales el 3,52% (poco más de 200 mil de personas) se encuentran desempleados, mientras que el 21% se encuentran subempleados (1 millón 197 mil personas).[95]

En Honduras la situación no es diferente, según datos del Plan Nacional de Desarrollo 2021, en Honduras[96] dos de cada tres hogares son pobres, es decir, de casi 1.3 millones de hogares, el 63.6%, (800 mil hogares), son pobres, ya que sus ingresos se encuentran por debajo del costo de una canasta básica de alimentos la cual tiene un costo de 6,310.46 lempiras equivalentes a 331,78 dólares.

Según datos del INE, de una población de poco más 8 millones de personas, 42.1 constituye la PEA (3,3 millones de personas), de los cuales 3. 2 millones se encuentran ocupados, frente a 133 mil 737 desocupados (3.9%).[97]

Por su parte, en Nicaragua de una población de 5 millones 466 mil habitantes, la pobreza afecta a 2,3 millones de personas, casi la mitad de la población (48%). Nicaragua tiene el porcentaje más elevado de deuda externa por cápita del mundo, y se ubica como el segundo país más pobre de América Latina y uno de los 14 países del mundo con alto nivel de inseguridad alimentaria.[98]

El Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE) señaló que la tasa de desempleo en Nicaragua durante el 2010 fue de 7.3%, equivalente a 149 mil 532 personas.[99]

Si partimos del hecho de que para poder realizar el derecho a la salud, es necesaria la existencia de ciertas condiciones que permitan acceder a él, por ejemplo contar con un empleo estable y un salario digno, nos encontramos entonces frente a que en los países centroamericanos la primer violación que se registra en contra del derecho a la salud, es la falta de empleo y salarios dignos, sobre todo considerando que con ingresos limitados, se limita también el acceso a los servicios de salud.[100]

---

[95] Instituto Nacional de Estadística de Guatemala. http://www.ine.gob.gt/

[96] http://www.cofinsa.hn/pLAN_NACIONAL_DESARROLLO_SOSTENIBLE_2021.pdftenemos que 11 millones 200 mil personas se encuentran en esta condición.

[97] Instituto Nacional de Estadística de Honduras. http://www.ine.gob.hn/drupal/node/210

[98] Oxfam. http://www.intermonoxfam.org/es/page.asp?id=904

[99] www.inide.gob.ni

[100] El ingreso es tan importante, que aún en condiciones en donde la salud es gratuita, este limitará las posibilidades de las personas de curarse, pues existen otros factores que se deben cubrir como las medicinas y los laboratorios, con lo cual la situación de gratuidad se revela como superflua en países como Guatemala. Informe al relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. "El derecho a la salud". Procurador de los derechos humanos, Guatemala, C.A., mayo de 2010. En el mismo sentido, Irma Arriaga en el estudio sobre Políticas y programas de salud en América latina. Problemas y propuestas, ha señalado que, las autoridades en los países latinoamericanos, indicaron que entre los principales problemas de atención de salud se encuentran: las con condiciones económicas como pobreza, desigualdad, baja calidad de vida y exclusión social. A este respecto un grupo de países señala tendencias de carácter general: pobreza (Argentina, Bolivia, Brasil, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Perú), desempleo (Argentina), y malas condiciones ambientales y de saneamiento básico (El Salvador, Paraguay). Estas barreras se refieren a la carencia de medios económicos para financiar el costo de las atenciones, especialmente en poblaciones pobres que no han podido acceder a los planes de beneficios ofrecidos a través de los regímenes de aseguramiento.

Reformas estructurales a los sistemas de salud en Centroamérica

Otra forma de violentar el derecho ha sido a través de reformas estructurales que han ido privatizando los servicios médicos. En los países centroamericanos estas reformas comenzaron la década de los noventa.[101] Esta situación ha reducido considerablemente el presupuesto público que se destina a los sistemas de salud mermando las instalaciones y en general, la infraestructura del sistema.

Aunque con sus particularidades, la mayoría de las reformas han mantenido objetivos en común, según el informe *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de seguridad social* realizado, por la CEPAL en 2004, algunos de estos objetivos son[102]:

- **a)** descentralizar y desmonopolizar la provisión de servicios por los subsectores público y de seguro social, a través de múltiples aseguradoras y/o proveedoras, con un papel crucial del subsector privado y mayor independencia o autogestión de los hospitales;
- **b)** separar las funciones de rectoría/regulación, aseguramiento o gestión, financiamiento y provisión;
- **c)** introducir la libertad de elección del proveedor por el asegurado o usuario;
- **d)** ampliar la cobertura, extender la atención primaria a través de un paquete básico de prestaciones y mejorar la calidad de los servicios;
- **e)** promover la equidad, reasignando recursos para reducir la brecha entre las regiones y municipios y focalizar los subsidios fiscales en los pobres;
- **f)** aumentar la eficiencia, así como la autonomía y rendición de cuentas del sistema de salud, especialmente de los hospitales;
- **g)** cambiar el financiamiento tradicional desde el presupuesto fijo hacia reembolsos por la provisión de servicios, de subsidios a la oferta hacia subsidios a la demanda;
- **h)** reducir el gasto público y recuperar costos a través de copagos y cuotas de uso,
- **i)** promover una mayor participación y control social.

Sin embargo, como consecuencia de estas reformas, hubo organismos y grupos externos e internos con intereses particulares que pusieron énfasis en ciertos objetivos sobre otros, generando una serie de violaciones al derecho a la salud.[103]

---

[101] Las reformas de salud en América Latina fueron promovidas en muchos países como parte de una reforma general o proceso de modernización del Estado, así como por la influencia de organismos financieros internacionales, en pocos casos las reformas fueron circunscritas a la revisión del sistema de salud. Además, las reformas de salud siguieron a las reformas estructurales de pensiones, debido a la conexión entre ambos programas dentro de la seguridad social. En 7 países (Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, El Salvador, Perú, República Dominicana) las reformas de salud siguieron a las reformas estructurales de pensiones, debido a la conexión entre ambos programas dentro de la seguridad social. En 4 países las reformas de salud precedieron a las de pensiones (Brasil, Costa Rica, México y Nicaragua) y en otros 4 ha habido reformas de salud pero no de pensiones, al menos estructurales (Guatemala, Honduras, Panamá, Paraguay). En Uruguay ha habido reforma de pensiones, pero no realmente de salud, desde 1987 se han hecho intentos de descentralización del subsector público pero con mínimo avance y sin privatización, mientras que el seguro social no ha experimentado una verdadera reforma. En Cuba las reformas de salud y de pensiones se hicieron casi de manera simultánea a comienzos de los años sesenta, aunque hubo más reformas posteriores en salud que en pensiones. En Haití la reforma de salud de 1996 no se implantó y no ha habido reforma de pensiones. En Venezuela las reformas de pensiones y salud aprobadas en 1998-1999 nunca entraron en vigor y cambió la orientación de ambas reformas a comienzos del año 2000. Cfr. Mesa, Carmelo. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de seguridad social. Capítulo II. Las reformas de salud y la modificación de principios de seguridad social. CEPAL-Documentos de proyectos. Santiago de Chile, 2005.

[102] Ídem.

[103] Una posición crítica argumenta que los organismos financieros internacionales, como el Banco Mundial, el FMI y el BID, usualmente en alianza con los ministerios de finanzas o hacienda de los países, han apoyado reformas con una "visión económica", poniendo énfasis los mecanismos de mercado como la expansión del subsector privado, la competencia y la libertad de elección, la reducción de costos, la eficiencia y la sostenibilidad, así como en la separación de funciones, mediante préstamos cuantiosos atados a condiciones. Por el contrario, sostiene dicha posición, los organismos sanitarios o de trabajo internacionales, como la OMS, la OPS, la OIT, usualmente en colaboración con los ministerios de salud de los países, tienen una "visión sanitaria" y ponen más énfasis en la universalización de la cobertura, la equidad, la promoción de la salud y la atención primaria y la participación social y comunitaria. Mesa, Carmelo, ob. Cit.

El Salvador, según información del Ministerio de Salud, ocupa el octavo lugar de países con mayor déficit de acceso y cobertura de servicios de salud y de personal sanitario en Latinoamérica. Existen aproximadamente 5.5 médicos por cada 10 mil habitantes lo que implica que poco más del 30% de la población no tenga acceso a los servicios integrales de salud.[104] Asimismo, existen 10 camas por cada 10 mil habitantes (en total hay 4 mil 782 camas registradas al 2000)[105] La población excluida por este indicador asciende al 30.3% de la población total, poco más de 1millón 900 mil habitantes.

Existen otras investigaciones que han señalado que el porcentaje de población excluida de los servicios de salud en El Salvador, llega al 53%, las causas que originan dicha exclusión son principalmente factores externos al sistema de salud, como el tiempo de traslado a los centros de salud, la informalidad en el empleo y la falta de acceso a saneamiento básico.[106]

En Guatemala, a través de diversos informes, se ha señalado que el sistema de salud es caracterizado por el hacinamiento, falta de infraestructura, personal y presupuesto, y según los reportes públicos de los médicos, toda la red nacional de hospitales se encuentra a punto del colapso.[107] Esta situación ha ocasionado que desde el 2000 no se haya logrado aumentar el número de camas por habitante, por lo que a la fecha, Guatemala se coloca como uno de los países de Latinoamérica con menor número de camas por habitante. Al 2010 se registraron únicamente 1.6 camas por cada mil habitantes. En total el sistema de salud cuenta con 6,030 camas hospitalarias. Un problema adicional es que el 60% de esas camas está en la capital.

En cuanto al número de médicos, se registran 4.5 por cada 10,000 habitantes la mayoría de ellos, tanto públicos como privados, trabaja en la ciudad capital (los médicos de Gobierno son 1.3 por cada 10 mil habitantes). De esta manera, en el área metropolitana que representa el 22% de la población, presenta una concentración de 30.8 médicos por 10,000 habitantes.[108]

Por su parte, en Honduras continúa existiendo una alta proporción de población excluida, ya sea por barreras de acceso a los servicios, por la provisión inadecuada y sostenida de servicios de salud, o porque la atención de salud no siempre es adecuada en términos de respeto étnico, cultural y de género. Esta población representó el 30.1% de la población total, en 2004, y representa a los excluidos en salud como son los pobres, los que viven en zonas rurales, la población indígena y los desempleados, subempleados y trabajadores informales.

Según datos del Plan Nacional de Salud 2021 existe un total de 4 mil 270 camas, distribuidas en 28 hospitales pertenecientes a la Secretaría de Salud

[104] El Salvador .com http://www.elsalvador.com/mwedh/nota/nota_completa.asp?idCat=6364&idArt=4759689 Al respecto la Federación Internacional de los Derechos Humanos (FIDH) durante 2004, documento las violaciones que se presentaban en el acceso al derecho a la salud, entre las que se encontraban déficits de infraestructura hospitalaria y una reducida disponibilidad de servicios de salud. En dicho informe se señalaba que para 1998 había 7212 camas hospitalarias, lo cual implica un índice de 11.9 camas por 10.000 habitantes.
[105] Ministerio de Salud. http://www.salud.gob.sv/index.php/temas/politicas-sectoriales/vigilancia-sanitaria/informacion/indicadores/193
[106] Exclusión en Salud. Estudio de caso. Bolivia, El Salvador, Nicaragua, México y Honduras. Serie técnica extensión de la protección social en salud. Serie No. 2, Octubre, 2009
[107] Situación del sistema de salud en Guatemala. Instituto de Investigaciones Aplicadas al Ambiente y Desarrollo (CIAAD), noviembre de 2010
[108] Durante mayo de 2010, el relator del derecho a la salud de la ONU, visitó Guatemala, en su informe señaló que la carencia de una política de salud integral y nacional para los pueblos indígenas, un sistema sanitario fragmentado, la creciente privatización de estos servicios, el insuficiente gasto público y la falta de currícula de médicos, son algunos de los aspectos que violentan el derecho a la salud. Asimismo determinó que la salud de los guatemaltecos está "severamente sub-financiada y extremadamente concentrada en las áreas urbanas".

y existen 9 médicos por cada 10 mil habitantes, 2 mil 080 pertenecen a la Secretaría de Salud y 600 al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). El déficit en camas y médicos, así como la pobreza, ha ocasionado que poco más del 75% de la población, no esté cubierta por algún sistema de aseguramiento, esto equivale a que aproximadamente 4.5 millones de habitantes se encuentran excluidos de los sistemas de protección social en salud. Sin embargo, algunas investigaciones han señalado que cerca del 95% de la población total, se encuentra excluida del sistema de salud.[109]

Finalmente en Nicaragua tenemos que, al igual que el resto de los sistemas de salud centroamericanos, se encuentra segmentado y altamente fragmentado. Se centra principalmente en la atención curativa y predomina el gasto de las familias más pobres para atender la salud frente a autoridades regulatorias muy débiles.

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Nicaragua, al año 2006, se registraban 2.9 doctores por cada 10 mil habitantes, y se registraban al 2008 0.9 camas por cada mil habitantes.[110]

En Nicaragua, la incidencia de la exclusión en salud se estimó en 57,7% de la población total en el periodo comprendido de 2003 a 2008.[111] A pesar de la proliferación de proveedores (tanto públicos como privados), en Nicaragua ningún subsistema garantiza la atención integral a los individuos y mucho menos a los hogares. Ello determina que en un mismo hogar sus miembros deban recurrir a diferentes opciones en el sistema, muchas veces realizando un tránsito que no culmina en la resolución de su problema; más aún cuando en términos de consulta médica acceden al subsistema público pero deben terminar complementando la atención en el privado ya sea para diagnóstico o para obtener medicamentos.[112]

---

[109] Exclusión social en salud en comunidades de municipios de Honduras. Secretaría de Salud de Honduras. Programa de accesos a servicios de salud. OPS/OMS-Asdi.

[110] Situación de la salud en las Américas: Indicadores básicos 2009. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Cfr. Centroamérica en cifras. FLACSO, 2002. http://www.flacso.or.cr/uploads/tx_galileodocumentationcenter/CENTROamerica_en_cifras.pdf

[111] El ministerio de salud, en el documento Política Nacional de Salud, señala que la falta de acceso a los servicios de salud afecta entre el 35 y 40% de la población. http://www.minsa.gob.ni/planificacion/varios/Politica%20Nacional%20de%20Salud%20MINSA%2011enero09.pdf

[112] Exclusión en Salud. Estudio de caso. Bolivia, El Salvador, Nicaragua, México y Honduras. Ob. Cit.

Capítulo 5. Frontera Sur: Chiapas y Oaxaca



"Lo más frecuente es que los asalten. Nosotros nos enteramos porque ellos vienen a veces caminando desde el Cacahuatal, de Arriága, porque los asaltó Migración. O donde van con el grupo de polleros y van con todo el grupo los asaltan, los malos, los delincuentes y siguen caminando y los asaltan, los policías, los de Migración."
Casa de Doña Olga, Tapachula

Contexto

México limita con las repúblicas de Guatemala y Belice mediante una línea fronteriza, que alcanza 1 149 Km de extensión total. En sentido territorial se puede decir que la frontera sur de México es una región constituida por cuatro entidades federativas: Campeche, Chiapas, Quintana Roo y Tabasco, que limitan geográficamente con Guatemala o Belice. La zona fronteriza abarca 23 municipios de estos cuatro estados, 18 municipios de Chiapas, dos de Campeche, dos de Tabasco y uno de Quintana Roo.[113]

En esta zona se encuentran ubicadas 29 de las 52 estaciones migratorias que existen en México. Se estima que en la frontera sur del país hay más de 200 rutas para el tránsito ilegal de personas.[114]

En los últimos años, la frontera sur de México ha adquirido una dinámica migratoria intensa como resultado del aumento de los flujos migratorios que llegan, cruzan y salen de ella.[115]

Sin embargo la migración que se presenta en esta frontera, no puede compararse con la que sucede en la frontera norte, en la que convergen tanto los migrantes centroamericanos y de otros países, con los mexicanos que buscan llegar a Estados Unidos. De acuerdo con cifras del INM, en las fronteras norte y sur de México, se producen cada año alrededor de 360 millones de cruces, documentados e indocumentados, tanto de extranjeros como de nacionales, de los cuales más de 2 millones corresponden a la frontera sur.[116]

Asimismo es importante señalar que las investigaciones relacionadas a la migración que se registra en la frontera norte son mayores en comparación con las que se han realizado en torno a la frontera sur. Cabe señalar que aunque la migración que se produce en la frontera sur tiene un fuerte impacto en el número de cruces que se registran en el norte, el sur de México, no ha sido suficientemente estudiado, en particular porque a esta frontera se le ha concedido un interés relativamente menor.

A partir del 2005, el flujo migratorio modificó sus rutas, debido, principalmente, a la suspensión de actividades de la empresa ferroviaria Chiapas-Mayab, que era el principal transporte utilizado para internase en el país. Esto ha ocasionado que las y los migrante al ingresar a México, tengan que transitar poco más de 300 kilómetros para llegar a Arriaga, en el estado de Chiapas, lugar en el que toman el tren que los lleva al interior del país.

---

[113] Alba, Francisco, et al. Los grandes problemas de México III. Migraciones Internacionales. Colegio de México, 2010 p. 438
[114] Debido Proceso Legal (DPL). La crisis de derechos humanos en la Frontera Sur de México. 2008, p. 4
[115] Idem
[116] Alba, Francisco. Ob.Cit. p. 470

Los migrantes que cruzan por el sur de México, proceden mayoritariamente de Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Panamá, Colombia y Venezuela. El aumento que se ha generado en la migración que ingresa al país con la intención de llegar a Estados Unidos, así como la violencia y el aumento de criminalidad que se ha registrado los últimos años en la frontera sur, han ocasionado una mayor vulnerabilidad entre las y los migrantes que cruzan esa frontera quienes son víctimas de extorsiones, asaltos, secuestros y detenciones arbitrarias, tanto por parte de autoridades federales, como de autoridades estatales y municipales, así como por grupos delictivos.

En respuesta el gobierno federal ha dictado un conjunto de medidas encaminadas a controlar el flujo de migrantes indocumentados. A partir de julio de 2001, se puso en marcha el denominado Plan Sur, que tiene como objetivo combatir el tráfico y la trata de migrantes, el tráfico ilegal de menores de edad y su explotación, e impulsar y consolidar la cultura de respeto a la legalidad y a los derechos humanos en esta zona del país. Sin embargo, la aplicación de este Plan generó una intensificación en el control de la frontera e incrementó la presencia de distintas autoridades policiacas en las rutas tradicionales de entrada de personas y mercancías a territorio nacional,[116] situación que ha dado pie a la criminalización y persecución de migrantes.

El establecimiento de medidas de seguridad y control como estrategia para combatir la inseguridad que se registra en las rutas migratorias, ocasiona que se minimicen e invisibilicen otro tipo de abusos cometidos en contra de las y los migrantes causando graves afectaciones a sus derechos humanos, en especial a los derechos económicos, sociales y culturales.

Al respecto el Relator Especial sobre los derechos humanos de los migrantes, *ha señalado que "la gestión de la migración basada en las leyes penales tiende a hacer caso omiso de la dimensión de derechos humanos de la migración y a centrar la atención exclusivamente en medidas para resolver la cuestión de la migración irregular fortaleciendo los controles fronterizos y penalizando a los facilitadores y a los propios migrantes". Durante el ejercicio de su mandato, el Relator Especial ha mostrado que el empleo de medidas penales en la gestión de la migración socava los derechos humanos de los migrantes y puede impedir, directa o indirectamente, su acceso a derechos sociales básicos, en particular el cuidado de la salud, la educación y la vivienda…. En algunos casos, esas medidas dan lugar también a múltiples formas de discriminación y, en casos extremos, también han puesto en peligro o han violado el derecho a la vida.*[117]

Esta observación resulta fundamental para la defensa de los derechos sociales de las y los migrantes indocumentados que se internan en el país ya que, considerando los principios de universalidad, integralidad e interdependencia, el Estado mexicano tiene la obligación de garantizar el disfrute de estos derechos a las y los migrantes durante su recorrido hacia la frontera norte, sin importar la temporalidad de su permanencia en el país. En este sentido es importante que los gobiernos adopten medidas integrales de protección a los derechos de las y los migrantes, que no se enfoquen exclusivamente a cuestiones de seguridad, sino que también estén dirigidas a garantizar sus los derechos económicos, sociales y culturales.

En la frontera sur son recurrentes las caídas del tren. El número de accidentes de este tipo se debe a diversos factores; en primer lugar, a la falta de recursos económicos. Las personas que emigran

[117] Bustamante, Jorge, Derechos humanos de los migrantes. Informe del Relator Especial sobre los derechos humanos de los migrantes. 2009 http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N10/474/91/PDF/N1047491.pdf?OpenElement

normalmente inician su viaje con recursos limitados, lo que las obliga a buscar la manera más económica de realizar el viaje, aunque esto les implique poner en riesgo su integridad física e incluso su vida, así el traslado en tren se convierte en la opción más adecuada.

Las caídas de tren son los accidentes que se presenta con mayor frecuencia, sobre todo en la ruta que va de Ciudad Hidalgo, ubicada en los límites con Guatemala, a la región del Istmo de Tehuantepec, en la que de manera frecuente los migrantes caen del tren al intentar abordarlo o descender de él cuando va en movimiento. Es frecuente que estas caídas terminen con mutilación de algún miembro del cuerpo o incluso con la muerte.

También es frecuente que las y los migrantes sufran de deshidratación, de- hongos en los pies y heridas múltiples.

En esta frontera también es común la violencia sexual, que frecuentemente implica que muchas de las víctimas (mujeres y hombres, niños y adultos) sean contagiadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o que existan embarazos no deseados, además de las consecuencias psicológicas.

Con este tipo de eventos comienza la afectación al derecho a la salud de las y los migrantes. Quienes sufren caídas del tren, como se verá más adelante, son víctimas de amputaciones mal realizadas, con intervenciones y tratamientos dolorosos. Algunas de estas cirugías se realizan a condición de que se entreguen a Migración, sin que exista seguimiento en el tratamiento. En este trato que se da a los migrantes por parte del personal médico de clínicas y hospitales influye la inequidad de género, la estigmatización y la discriminación.

En este apartado haremos referencia a la situación que guarda el derecho a la salud de las y los migrantes en la frontera sur, dando una visión general del estado del sistema de salud, las políticas públicas existentes, así como presentando algunos casos en los que el derecho se ha visto comprometido por malas prácticas de las instituciones encargadas de brindar el servicio de salud.

Chiapas

Contexto

Por su ubicación geográfica, Chiapas ha sido identificado históricamente, como punto de entrada y conexión para diversas operaciones, entre ellas la entrada de miles de migrantes que cruzan la frontera ya sea para desarrollar actividades mercantiles en la zona o bien con la intención de ingresar al país para trasladarse a otros lugares de le República, principalmente en la frontera con Estados Unidos.[118]

Chiapas representa el principal punto de enlace con Centro y Sudamérica, en particular la región del Soconusco, en donde se encuentra ubicada la ciudad de Tapachula, zona que registra el mayor número de migrantes, no solamente de la región, si no de otras partes del mundo.

La región del Soconusco tiene la característica de ser el punto de tránsito, origen y destino por excelencia. Aunque en los últimos años se ha registra-

---

[118] Chiapas es uno de los 32 estados que integran a la republica mexicana, se ubica en la frontera con Guatemala en la costa de océano pacifico. Colinda con Tabasco, Veracruz, Oaxaca, Quintana Roo y Campeche. Su superficie en total es 74,211 km2, ocupando así el 3.8% de territorio nacional. Se conforma por 118 municipios, mismos que se distribuyen en nueve regiones: Centro, Altos, Fronteriza, Frailesca, Norte, Selva, Sierra, Soconusco e Istmo-Costa. Principales ciudades Tuxtla Gutiérrez, San Cristóbal de Las Casas, Tapachula, Palenque, Comitán y Chiapa de Corzo http://www.chiapas.gob.mx/

do un desplazamiento del ingreso de migrantes guatemaltecos y hondureños hacia cruces por Tabasco. Esta situación está relacionada con el incremento de los controles,[119] además de que, como consecuencia del huracán Stan, las vías del tren que corría hacia Arriaga quedaron dañadas, por lo que la ruta migratoria se modificó. Actualmente el paso de los migrantes por la estación Cahuacán quedó suspendido y en su lugar se utiliza "La Gravera", zona por donde las vías del tren rodean Tapachula.

Hasta ahora el gobierno mexicano no ha reparado la zona afectada por el huracán, buscando con ello frenar la migración. Esa es la razón por la que el tren Chiapas-Mayab inicia ahora su camino desde Arriaga, ocasionando que los centroamericanos que antes del Stan se subían al ferrocarril en Tapachula, inmediatamente después de cruzar por Ciudad Hidalgo, ahora tengan que caminar para llegar a Arriaga.[120]

De acuerdo con las investigaciones existentes, de Chiapas parten dos de las rutas migratorias más importantes. La primera de ellas bordea toda la costa y conduce hasta Nogales, Agua Prieta, Sásave y San Luís Río Colorado (Sonora). Dependiendo de la organización de la red, las y los migrantes pueden continuar hasta ciudades como Mexicali, Tecate o Tijuana. Por su parte los indocumentados provenientes de la vía marítima son conducidos hasta La Paz o Puerto San Carlos, en Baja California Sur y de ahí pueden ser movilizados hacia Tijuana.[121]

Asimismo, de Tapachula las y los migrantes pueden dirigirse a Oaxaca, Puebla o Guerrero, aunque la mayor parte se desplaza al Distrito Federal o al Estado de México para buscar refugio en las casas del migrante que se encuentran en esa zona, como Lechería, lugar desde el cual pueden viajar hacia Zacatecas, Aguascalientes, San Luis Potosí o Tamaulipas hasta llegar a puntos fronterizos como Nuevo Laredo, Reynosa o bien a Ciudad Juárez o Janos, en Chihuahua.

Según datos del INEGI, de enero a agosto de 2010, fueron asegurados por el INM 51 mil 361 extranjeros de los cuales 47 mil 688 procedían de Centroamérica. Sin embargo, no existen cifras exactas sobre el número de migrantes que ingresan por esa frontera.

Reconocimiento del derecho a la salud

"Teníamos un muchacho que sin pie lo sacó el Hospital Regional de acá, lo sacó a la calle, un muchacho que iba en moto lo vio, llevaba dos días sin comer, pero no estaba en la entrada, estaba afuera del hospital, entonces ese muchacho agarró al enfermo, se lo subió a la moto y lo vino a dejar aquí. Ahí estaba, llevaba dos días sin comer lo habían botado, eso no debe de pasar."

Casa de Doña Olga, Tapachula

[119] Artola, Juan. Tráfico de Personas: cruce de fronteras, documentos de identidad y principales rutas. Organización Internacional para las Migraciones (OIM)
[120] Los centroamericanos y su vida con "la bestia"
[121] Artola, Juan. Ob. Cit.

En la constitución política del estado de Chiapas, no hay un artículo específico que reconozca el derecho a la salud, se hace referencia a este derecho en el artículo relacionado a grupos especiales como niños e indígenas. Sin embargo, para efectos del reconocimiento y fundamentación de este derecho se toma como punto de partida el reconocimiento que se hace de la salud en la Constitución mexicana, además de lo expresado en el artículo 4º de la Constitución de Chiapas, mismo que señala que *toda persona gozará de las garantías individuales y sociales que otorga la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y que la presente Constitución reitera; garantías que no podrán restringirse o suspenderse, sino en los casos y las condiciones que la primera de dichas Constituciones establece.*

La Ley de Salud para el Estado de Chiapas señala, en su artículo 24 *que para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a la asistencia social a los grupos más vulnerables (fracción X),* en donde podemos ubicar a las y los migrantes.

El estado de Chiapas tiene la obligación de brindar atención médica a las y los migrantes que se encuentren en su territorio y que la requieran. De acuerdo con el artículo 7º de dicha Ley están obligadas a proporcionar servicios de salud *las dependencias y entidades de la administración pública estatal y municipal… las personas físicas y morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud en la entidad, así como los mecanismos de coordinación de acciones a fin de dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud,* quienes en conjunto constituyen el Sistema Estatal de Salud de Chiapas.[122]

Esta obligación que se complementa con lo señalado en la Ley que Previene y Combate la Discriminación en el estado de Chiapas, la cual en su artículo 4 señala que *queda prohibida toda forma de discriminación motivada por el origen étnico, nacional o regional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social o económica… la condición migratoria o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.*

Asimismo, *toda autoridad, órgano público estatal o municipal y servidor público que actúe o se desempeñe en el estado de Chiapas, con independencia de la esfera pública a que pertenezca, deberá abstenerse de efectuar prácticas discriminatorias por acción u omisión, y deberá eliminar aquellos obstáculos que limiten su ejercicio e impidan el pleno desarrollo de las personas, así como su efectiva participación en la vida política, económica, cultural y social del país y de la entidad* (artículo 6º).

En este sentido, la ley considera como conductas discriminatorias *a aquellas que discriminan a las personas por razón de su origen étnico, nacional o regional, y que en consecuencia, nieguen la prestación de servicios de salud física y mental y prevé que, con relación a las y los migrantes, las autoridades estatales y municipales, en el ámbito de su competencia, deberán llevar a cabo, entre otras, campañas permanentes en los medios de información acerca de sus derechos.*

Si bien lo expuesto indica que existe un marco jurídico que reconoce el derecho a la salud, y que además prohíbe la discriminación por razón de nacionalidad o condición migratoria, esto no ha sido suficiente para que las y los migrantes puedan ac-

[122] Cfr. Ley de Salud del Estado de Chiapas

ceder a los servicios de salud en Chiapas. La falta de disponibilidad de centros de salud que sean accesibles es uno de los principales obstáculos estructurales que hay en la región.[123]

El gobierno de Chiapas ha implementado algunas acciones dirigidas a garantizar el acceso de las y los migrantes a los servicios de salud (las cuales se intensificaron a partir del asesinato de los 72 migrantes, ocurrido en Tamaulipas en 2010), habría que agregar los 100 o más que secuestraron ayer 26/06/11 sin que hasta el momento se haya logrado brindar una cobertura real a los migrantes que llegan a esta entidad.[124]

Infraestructura Hospitalaria

La infraestructura hospitalaria en Chiapas se compone por una parte, de la red hospitalaria perteneciente a IMSS y al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en Chiapas (ISSSTECH), que atienden de manera principal a su población derechohabiente, clínicas pertenecientes a IMSS-Oportunidades, que atiende a la población que no cuentan con seguridad social y habita en zonas rurales o urbanas marginadas. Además de las clínicas y hospitales pertenecientes a la Secretaría de Salud del Estado.

En este sentido, Chiapas cuenta con 17 hospitales que dependen de la Secretaría de Salud del estado, distribuidos a lo largo y ancho de su territorio.

Asimismo cuenta con 10 Hospitales Rurales, 556 Unidades Médicas Rurales, 12 Unidades Médicas Urbanas y 18 equipos itinerantes de salud, pertenecientes a IMSS Oportunidades, el cual brinda atención médica a 1.7 millones, de un total de 4.2 millones de chiapanecos, lo cual equivale a 25% de la población en el estado que reciben atención médica, es decir 75% de la población en Chiapas carece de servicios de salud.

De acuerdo con información del IMSS, el Seguro Social en Chiapas atiende a poco más de dos millones y medio de derechohabientes y oportunahabientes, con una infraestructura de 27 Unidades de Medicina Familiar (UMF), dos Hospitales Generales de Zona (HGZ) y dos de subzona, así como en las unidades de IMSS-Oportunidades, antes mencionadas.

Por su parte el ISSSTECH atiende a una población que se encuentra por arriba de los 44 mil derecho habientes.

La población migrante sólo tiene acceso a los servicios que brinda la Secretaría de Salud del estado de Chiapas, por ser la competente en brindar atención a la población abierta, aunque en los otros establecimientos no debería negarse la atención médica sobre todo en caso de urgencia. Hasta el momento no existen datos que nos permitan saber con certeza el número de migrantes que son atendidos en estas clínicas y hospitales, salvo en los hospitales ubicados en ciudades como Tapachula, en donde existe un mayor control de las personas que son atendidas. No obstante, el vacío de información que existe en el resto del estado impide saber si los servicios son accesibles para la población migrante y si se les atiende de manera adecuada,

[123] Al cierre de este informe la Secretaría de Salud en Chiapas informó a través de la Jurisdicción Sanitaria VII, informó que se habían entregado 15 mil cartillas a migrantes, en especial centroamericanos que reciben atención médica de manera gratuita en los centros urbanos de salud, rural y hospitales de la región, aunque es una acción que busca la protección del derecho, no hay que olvidar las condiciones en las que se encuentra el sistema de salud en el Estado, situación que pone en riesgo la salud de las y los migrantes al no contar ni conpersonal, ni equipo ni medicamentos adecuados y sufncentes. http://www.oem.com.mx/elsoldetijuana/notas/n2146533.htm

[124] Algunas de estas acciones son: Semana Nacional de Migración (2008, 2009, 2010), Reunión Estratégica de atención a puntos de tránsito y albergue en la ciudad de Arriaga, Chiapas (2010), Creación del Consejo Estatal de Derechos Humanos (2010), cartilla de salud del migrante. http://www.nsschiapas.com/ciudad/4-tuxtla-gutierrez/7114-cartilla-de-salud-del-migrante-tendra-cobertura-estatal

sin que medien actos de discriminación, malos tratos o negligencias.

Hospital General Tapachula

> *"El Hospital Regional era una decepción, agarraban a todos los enfermos migrantes, los metían en una ambulancia o los llevaba Beta Sur, y eso lo sabe mi mamá porque los fue siguiendo, los siguió agarró un taxi y siga a ese carro los llevaron aquí a la frontera sur a la de Hidalgo o a la otra frontera y los tiraban en la banqueta y se regresaban, y morían muchos y si el enfermo tenía los dedos podridos y era para que le cortaran, no sé, la mitad del pie, terminaban cortándole hasta acá". Casa del Migrante Doña Olga*

Durante la investigación se visitó al Hospital General Tapachula, ubicado en carretera Antiguo Aeropuerto S/n C.P. 30700. Ahí se conversó con el Doctor Díaz Barcelot, médico de urgencias en el hospital con 9 años de antigüedad, quien dijo que *de 2005 a la fecha, cerca del 20% de la población que se atiende a diario es migrantes. Antes del 2005 atendíamos de un 45% a 50 % de migrantes, la gran mayoría por amputaciones, perdida de brazo, piernas, del 50 % sería un 35% y el otro 15% por asaltados y lesiones por armas de fuego armas blancas, contusiones por golpes. Bajó el porcentaje porque no hay tren, pero se siguen atendiendo por que aún los siguen asaltando, la mayoría por lesiones de armas blanca, armas de fuego, contusiones y ahorita lo que se va incrementando es violación a mujeres.*

En este hospital se atienden principalmente a migrantes hondureños, salvadoreños y nicaragüenses, sin embargo a decir del médico entrevistado, la infraestructura no es suficiente, ni para atender a la población nacional ni a la migrante. En el Hospital General de Tapachula hay de 200 camas que no resultan suficientes considerado que diariamente se atienden aproximadamente a 100 pacientes. El servicio de urgencias, que es el que mayor demanda tiene, únicamente cuenta con 4 camas y recibe diariamente de 40 a 50 pacientes, muchos de los cuales tienen que esperar sentados en sillas de plástico para ser atendidos, algunos de ellos incluso con el suero colocado en sus brazos.

El personal que actualmente se encuentra laborando en el hospital, señala el Doctor Barcelot, *no es suficiente para atender la demanda que se registra diariamente*. En el Hospital Regional Tapachula hay 4 turnos, laboran 45 médicos generales, 10 urgensiólogos, 15 cirujanos, 15 ginecólogos (antes de septiembre de 2010 había sólo 8), 10 anestesiólogos y a pesar de que hay 300 enfermeras hace falta más.

En urgencias hay 3 médicos, 2 en urgencias primer contacto y uno en observación urgencias. Asimismo hay 3 enfermeras, cuando lo ideal es que hubiera 8, que se quedan en el servicio de urgencias primer contacto, no hay auxiliares, solamente pasantes de enfermería, que a veces se quedan a apoyar a la enfermera del turno.

Igualmente, el área de urgencias carece de medicamentos y sobre todo de antibióticos. De acuerdo con la entrevista realizada a Norma Salazar, enfermera general a cargo del servicio de urgencias observación, con 6 años de antigüedad en el hospital, *"a veces no hay medicamentos en farmacia, son insuficientes y se mandan comprar lo que sería, diazepan, propofol, hemacel, todo eso es lo que debe tener un servicio de urgencias. Tenemos un carro que se llama carro rojo donde se manejan todos esos medicamentos, cuando viene un paciente que se le va a entubar a veces no hay medicamentos para sedar".*

El Hospital Regional de Tapachula es conocido como el "hospital de la muerte", por el alto índice de defunciones que registra, sobre todo en el servicio de urgencias.

Organizaciones de la sociedad civil que trabajan con las y los migrantes, han señalado que el trato que les dan es discriminatorio. Al respecto, se entrevistó a una de las colaboradoras del Albergue Jesús el Buen Pastor del Pobre y el Migrante, quien señaló que en ese hospital se han presentado muchos casos de violación a los derechos humanos de las y los migrantes, *"un último caso fue una doctora que dio de alta a un muchacho que estaba esperando porque estaba podrido, no lo puedes sacar así primero lo tienen que atender, eso está penado si no es que mi mamá habla (Doña Olga) y les dice que el paciente no va a salir del Hospital lo sacan. Porque a la doctora se le hincharon los huevos de que ella quería que saliera el enfermo porque no sé andaba de malas yo no sé."*

De acuerdo a los testimonios, es evidente que dentro del Hospital Regional de Tapachula, se presentan una serie de irregularidades que violentan el derecho a la salud tanto de nacionales como de los migrantes que llegan a solicitar atención médica.

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

De acuerdo con la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas, de 1981 a septiembre de 2010 se tienen registrados 5 mil 649 casos de VIH, de los cuales, al menos tres mil reciben atención médica en el Sistema Estatal de Salud Pública. Entre los principales municipios afectados por el VIH, se encuentran Tuxtla Gutiérrez, Tapachula, Tonalá y Chiapa de Corzo, debido a su elevada concentración demográfica, además de que hay regiones como las de Tapachula donde el comercio sexual es muy alto.[125]

Según datos del INEGI, en Chiapas, la incidencia de personas infectadas con el VIH, acumulada a junio de 2010, es de 120.7 casos por cada 100 mil habitantes. Chiapas se ubica en el quinto lugar dentro de los estados que conforman la región Sur-Sureste y décimo quinto lugar a nivel nacional.[126]

Dentro de los mecanismos de transmisión la principal fuente es la sexual con 91% y dentro de ésta, se registra la mayor incidencia en las relaciones heterosexuales con 81%, la bisexual en 10% y la homosexual en un 9%. El mayor porcentaje de personas afectadas por SIDA está entre la población joven, principalmente de 25 a 44 años, seguidos por los de 15 a 24 años y en tercer lugar el grupo de 45 a 64 años.[127]

En cuanto a las y los migrantes que cruzan por México, es difícil determinar su situación. De acuerdo con le CEPAL, a excepción de algunas encuestas realizadas por Instituto Nacional de Salud Pública, dentro del marco del proyecto regional Iniciativa Mesoamericana contra el SIDA, no se cuenta con otras investigaciones o estudios que puedan tener representatividad estadística nacional o regional enfocadas al tema de migración y salud. Mucho menos existe una enfocada de manera específica a temas de salud sexual, violencia y género desde una perspectiva que los vincule con la inmigración.[128]

---

[125] NSS-Chiapas. Minuto a minuto. http://www.nsschiapas.com/politica/1-local/4945-mas-de-6-mil-500-casos-de-vih-en-chiapas-en-los-ultimos-20-anos-

[126] www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/.../sida7.doc

[127] Idem

[128] Canales, Alejandro, et al. Migración y salud en zonas fronterizas: informe comparativo sobre cinco fronteras seleccionadas Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL Santiago de Chile, octubre de 2010

Existen estimaciones de que son las mujeres migrantes las que mayormente están expuestas a ser contagiada por el VIH, ya sea por que sean víctimas de violación o por ser víctimas de trata, pues son más vulnerables a ser obligadas a prostituirse para poder tener ingresos económicos que les permitan continuar su viaje hacia la frontera norte.

Centro de Ambulatorio para la Atención de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (CAPASITS)

Los CAPASITS son establecimientos de salud para la prevención y atención especializada de pacientes con VIH/SIDA, y enfermedades de transmisión sexual de tipo ambulatorio, en consulta externa, con servicio asistencial, médico social y consejería. En México existen sesenta y un, dos de ellos se localizan en Chiapas, uno en Tuxtla Gutiérrez y otro más en Tapachula. Atienden tanto a población local como a población migrante.

No obstante que los CAPACITS han sido presentados como un gran avance en la atención y prevención del VIH/SIDA por parte de la Secretaría de Salud durante la presente investigación, se pudo entrevistar a personal adscrito al CAPASITS de Tapachula, de quienes por razones de seguridad, serán omitidos sus nombres y cargos.

Una de las personas entrevistadas señaló que en el CAPASITS existen problemas que dificultan la adecuada atención a las personas que acuden a solicitar una consulta o tratamiento. Uno de estos problemas tiene que ver con la falta de especialización del personal para atender a personas contagiadas con VIH o que tienen SIDA, *"muchos de nosotros entramos sin saber que era VIH, te hacen contrataciones pero no nos dan capacitación previa, nosotros entramos, tú eres contratada y a partir de ahí empiezan las capacitaciones".* Sin embargo, las capacitaciones no han sido suficientes, pues desde su apertura, el personal de trabajo social, por ejemplo, únicamente ha recibido dos capacitaciones pero no relacionadas al VIH/SIDA.

Otro problema es el relacionado con la falta de infraestructura que permita brindar una adecuada atención a los usuarios del CAPASITS. La persona entrevistada señaló que el CAPASITS de Tapachula aún no trabaja al cien por ciento, en virtud de que, por una parte, no tienen luz, *"nos estamos robando luz de la vía pública, nuestras computadoras que teníamos como 3 ya no sirve ninguna, los ventiladores no sirven, no tenemos luz en el turno vespertino las lámparas no sirven, se reporta y no hay caso".*

Otro obstáculo es la falta de difusión sobre las actividades y servicios que brinda el CAPASITS, lo que ocasiona que la gente no sepa qué es y para qué sirve el CAPASITS.

Para poder proporcionar antirretrovirales, tanto a nacionales como a extranjeros, el CAPASITS pide ciertos requisitos como contar con una identificación y presentar una constancia de que no son derecho habientes del IMSS, ISSSTE o ISSTECH, con todo, la mayoría de las y los migrantes que llegan a solicitar la atención carecen de identificación, bien por haberla extraviado, o bien porque fueron asaltados. Por lo que la falta de este requisito dificulta la atención médica y que se les proporcione el tratamiento correspondiente.

Al respecto la persona entrevistada señaló que de los expedientes que actualmente se tienen registrados en el CAPASITS, -230 aproximadamente-, *23 son migrantes, de esos tenemos 11 en tratamiento antirretroviral, ¿por qué los otros no?, porque muchos en el transcurso de su viaje, pierden sus documentos o tienen miedo de decir que son de determinado país, tienen muchas razones por las que se ocultan, se cambian de nombre, entonces no muestran documentos y como uno de los requisitos para acceder al tratamiento antirretroviral es tener una identificación y no la tienen, no acceden al tratamiento".*

La situación en que se encuentra tanto el Hospital Regional de Tapachula como el CAPASITS implica una violación al derecho a la salud por parte del el Estado Mexicano y del Gobierno del Estado de Chiapas; ambos incumplen con sus obligaciones de respetar el derecho a la salud. El gobierno federal en virtud de que, como se ha señalado en la primera parte de este informe, el recorte que ha hecho al presupuesto destinado al ramo de la salud ha impactado a los hospitales regionales que carecen de personal, medicamentos y equipo necesario para brindar la atención médica, situación que puede ser considerada como una medida regresiva que limita el acceso y disfrute del derecho a la salud.

El Gobierno de Chiapas es responsable por no implementar las medidas necesarias para garantizar una adecuada atención médica, a las y los migrantes, como por no destinar hasta el máximo de sus recursos para garantizar el mantenimiento y abasto de clínicas y hospitales, así como para realizar las contrataciones de personal médico suficiente para garantizar una adecuada atención.

Con esta situación se afecta la disponibilidad, aceptabilidad y calidad del servicio de salud que proporciona el Estado, comprometiendo la salud, la integridad y la vida de las personas que recurren sobre todo al servicio de urgencias para ser atendidos.

La falta de estadísticas confiables que den cuenta de la situación que guarda el VIH entre la población migrante, es otro obstáculo que implica una violación al derecho a la salud por falta de información que permita tomar las medidas adecuadas para prevenir el contagio de la población. Al respecto, la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de la ONU ha señalado que *la demanda de indicadores adecuados no responde únicamente a la necesidad de vigilar el cumplimiento de los instrumentos de derechos humanos por los Estados Partes, sino también a la necesidad de contar con instrumentos útiles para reforzar la rendición de cuentas, articular y presentar reclamaciones sobre las entidades encargadas y formular las políticas y programas públicos necesarios para facilitar la realización de los derechos humanos.*[129]

De esta manera, es posible afirmar que el Estado Mexicano incumple con su obligación de realizar el derecho, que implica el compromiso de adoptar medidas que faciliten el goce de los derechos humanos por parte de toda la población, tanto nacional como de las y los migrantes que requieran de la atención médica, sin que exista discriminación alguna.

Casas del Migrante

En Chiapas existen 4 casas del migrante, que se dedican a dar albergue, asesoría jurídica y primeros auxilios a las y los migrantes que lo necesiten, ya sea por haber sufrido algún accidente o hayan sido víctimas de algún ilícito.

- Casa del migrante "Hogar de la misericordia", ubicada en Arriaga Chiapas.
- Casa para migrantes en Tuxtla, fundada en 2010
- Albergue Belén Tapachula, Chiapas
- Albergue Jesús el Buen Pastor del pobre y el migrante.

[129] Los indicadores pueden ser cuantitativos o cualitativos. En la primera categoría se consideran los indicadores en sentido estrecho como equivalentes de "estadísticas" y en la segunda, como de uso más general "de actualidad", ya que abarcan cualquier información relacionada con la observancia o el ejercicio de un determinado derecho. Informe de indicadores para vigilar el cumplimiento de los instrumentos internacionales de derechos humanos. http://www2.ohchr.org/english/bodies/icm-mc/docs/HRI.MC.2006.7_Sp.pdf

Se visitó al Albergue Jesús el Buen Pastor del pobre y el migrante y el Albergue Belén. En estas casas se recogieron 8 testimonios sobre la situación que enfrentan los migrantes en esa región. Seis entrevistas fueron realizadas a migrantes centroamericanos y dos más a personas que trabajan en las casas.

Caso
José, migrante salvadoreño, 36 años.

Entrevistamos a José en el Albergue Belén en Tapachula, para él el servicio de salud en El Salvador *"es caro, ver a un doctor es caro, aquí cualquier persona va uno a Similar y por 50 pesos ya, no te van a decir mucho pero aunque sea más o menos hay una cierta esperanza, te dan esperanza aunque sea y allá en mi país no existen esas cosas".*

La esposa de José se accidentó en Acatzingo, Puebla, y fueron llevados al Hospital Regional de Río Blanco, en Veracruz: *Nos atendieron y todo, no era una cuenta demasiado grande y nos entregaron a Migración, era el acuerdo que tenían ellos… se tardaron como 11 horas para atenderla y era grave porque el tren le había machucado la mitad de su pie. El intenso dolor que tuvo que aguantar y todo eso pésimo, pero pues ya ves.*

La esposa de José se resbaló y cayó del tren cuando éste iba en marcha: *Se bajó a orinar y cuando íbamos para arriba, apenas íbamos caminando se resbaló y la saqué pa fuera pero ya era muy tarde, estaba muy larga de piernas. Perdió la mitad de su pie, sólo le había dado nomás a los deditos, nomás al puro ras, pero los doctores terminaron cortándole de sus deditos como así más (señalando la mitad del pie), yo digo que se les pasó la mano.*



Se tardaron demasiado no sé qué fue lo que pasó, pero yo tuve que dar la autorización para que ellos hicieran esa cirugía, no nos cobraron pero pues imagínate, de ser algo tan poco, el daño no era tanto para que le tuvieran que quitar casi todo su pie y además no le hicieron bien la cirugía porque se le quedó un hueso resaltado y ese le duele mucho, le duele demasiado... no sé en qué fue lo que fallaron ellos.

Viniendo nosotros para abajo cuando subimos la segunda vez, le dijeron a ella tu vas a tener que recibir otra cirugía por que no le hicieron bien esa, se le infecta a cada rato y ya no la veo ya no me preocupo por la comida de ella me preocupo por las medicinas. A veces llama y me dice "viejo que el pie se me está poniendo morado bien delgado y me ha salido un punto así en medio, te acuerdas el que no se me cura, se me cierra se me cicatriza y camino tantito y otra vez seme vuelve a abrir y se me pone morado, me meten miedo me dicen que última hora voy a ir perdiendo mi pie poco a poco".

El accidente fue como en febrero, estuvo internada como 15 días, la tuvieron ahí y ni le habían quitado los puntos todavía y en Migración Orizaba le quitaron los puntos y ya le dieron el ok a ella para que pudiera viajar en el autobús aquí a Tapachula.

Los del hospital se portaron bien pésimos se les pasó la mano, eran bien bruscos con ella, en sí para quitar una venda como ella la tenia, el dolor que ella tenía, los doctores sólo llegaban y se la quitaban así a la fuerza las vendas y todo, no le mojaban ni nada y la hacían sangrar todo el tiempo, pésimo, yo llegué a veces de que reaccionaba y les decía sabe qué, le digo, no sea tan grosero a mí no me importa que sea lo que sea usted no va a tratar así a mi señora en mi cara, es demasiado grosero usted vuelve a hacer eso y van a haber problemas aquí.

Oaxaca

Contexto

Oaxaca tiene la doble característica de ser un estado expulsor y de tránsito de migrantes. Como consecuencia de la pobreza que se registra en esa entidad, la migración se ha intensificado, pues el mercado de trabajo es insuficiente para la generación de empleos estables y dignos, además de que los bajos ingresos de la población no cubren las necesidades básicas de las familias. Asimismo, la producción rural en general sufre un proceso de descapitalización acelerado y los insuficientes apoyos al campo hacen que cada vez haya una mayor dependencia alimentaria, así como incremento en la migración.[131]

De acuerdo al INEGI, en 2005, salieron de Oaxaca en búsqueda de mejores condiciones de vida, 80 mil 810 personas. Los principales destinos fueron el Estado de México, el Distrito Federal, Veracruz, Puebla y Baja California. En el año 2000, 55mil 839 personas salieron de Oaxaca para vivir en Estados Unidos, los principales destinos son California, Texas, Florida y Nueva York.

Oaxaca tiene la categoría de estado de tránsito, en virtud de que en él se ubica una de las principales rutas migratorias que cruza los territorios de Ciudad Cuauhtémoc, La Trinitaria, Comitán, Altos, Selva Chimalapas, Matías Romero e Ixtepec (Oaxaca).

Como en la mayor parte de los estados que registran rutas migratorias, en Oaxaca se ha incrementado la violencia en contra de las y los migrantes. El hecho más reciente fue el ocurrido el 28 de junio de 2011, cuando se denunció el secuestro de 80 migrantes que fueron raptados en Medias Aguas, Veracruz. Denuncia que fue hecha por el sacerdote Alejandro Solalinde, director del Albergue Hermanos en el Camino en Ixtepec, Oaxaca.

Asimismo, se ha denunciado el incremento en la violencia en contra de niñas y mujeres que cruzan por esta ruta. El Instituto de Estudios y Divulgación sobre Migración ha señalado que en el estado de Oaxaca hay una tendencia creciente de secuestros de mujeres, niñas y niños migrantes. Esto ha dado lugar a que se disparen los delitos sexuales en contra de este grupo, pues las mujeres son un colectivo muy vulnerable en la migración: son utilizadas por los polleros o sus propios compañeros varones como una moneda de intercambio sexual para continuar con su travesía.[130]

Estos hechos, así como la presión realizada desde los gobiernos de Guatemala, Honduras y de El Salvador, incidieron para que el actual gobernador de Oaxaca, Gabino Cue, anunciara la creación del "Modelo Integral de Convivencia Pacífica con Migrantes", a través del cual se buscará la coordinación entre los gobiernos estatal y municipal, a fin de brindar apoyo a los migrantes que transiten por territorio oaxaqueño. Entre las acciones que se buscan concretar se encuentran la instalación de módulos de atención al migrante en la franja de mayor tránsito en el estado, con un enfoque especial en niños, jóvenes y mujeres, a quienes se les brindará atención médica, psicológica y de orientación de los derechos humanos. De acuerdo a este programa se profesionalizaría a los funcionarios de las secretarías de Salud y de Seguridad Pública, así como la Procuraduría General de Justicia del Estado (PGJE), del Instituto de Apoyo al Migrante y del DIF Estatal para la atención a este grupo.

Aunque existe disposición por parte del gobierno de Oaxaca para implementar este programa, aún no ha señalado cómo se llevará a cabo, con qué infraestructura se cuenta y si ésta será ampliada y mejorada para poder atender tanto a la población local como a las y los migrantes, además de que no se ha señalado la manera en que serán evaluados los resultados obtenidos, no sólo de manera cuantitativa, si no cualitativamente.

Reconocimiento del derecho a la salud

En Oaxaca el derecho a la salud es reconocido en el artículo 12 de su Constitución, mismo que señala que *en el ámbito territorial del Estado Libre y Soberano de Oaxaca, toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud.*

La Ley Estatal de Salud, señala en su artículo 43 que, *se considerará usuario de servicios de salud a toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta ley y demás disposiciones aplicables.*

Por su parte el artículo 44 señala que *los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.*

Estas disposiciones legales son el mínimo fundamento con el que cuentan las y los migrantes para poder acceder a la atención médica y aún más, en el caso de que sufran algún accidente. De acuerdo a lo señalado por el artículo 48 *las personas o instituciones públicas o privadas que tengan*

[130] Fabianne Venet señaló que Mujeres y niñas son más propensas a abusos sexuales, a la trata de personas y a ser secuestradas porque sus familiares responden más rápido para lograr su liberación, aunque no hay cifras concretas de cuántas mujeres pasan por territorio mexicano en su travesía rumbo a Estados Unidos y mucho menos se consignan todos los delitos de los que son objeto. http://imprasc.net:29572/Noticias/Paginas/aumentan.aspx

conocimiento de accidentes o que alguna persona requiera de la prestación urgente de servicios de salud, cuidarán, por los medios a su alcance, que los mismos sean trasladados a los establecimientos de salud más cercanos, en los que puedan recibir atención inmediata sin perjuicio de su posterior remisión a otras instituciones.

En Oaxaca se realizaron 7 entrevistas a migrantes provenientes de Guatemala, El Salvador y Honduras, de los entrevistados sólo uno de ellos tenía formación profesional (ingeniero), 4 contaban con secundaria y uno contaba con primaria inconclusa. Se les preguntó si contaban con servicio médico en sus países de origen, todos, salvo el ingeniero que contaba con seguridad social, no tenían atención médica y señalaron que en su país resulta muy caro cuando una persona se enferma, porque la medicina es muy cara. Uno de ellos señaló que en Honduras existe *"carencia de medicamentos y de personal, porque si usted va por una gripe, le dicen 'ah sí, espérese' mientras la señorita o el doctor están escribiendo y le dicen 'si, ahorita lo atendemos,' y como dos horas se tardan en recibirte"*. Todos señalaron que hacen falta hospitales, personal y medicamentos.

A pesar de que identificaban este tipo de carencias, la mayor parte de ellos desconocía que tenían derecho a la salud y desconocían que también en México tienen derecho a ella.

Casas del Migrante

…entonces, nosotros, cuando están enfermos, los tenemos hasta que se recuperen y ellos decidan qué es lo que van a hacer.

Casa del Migrante de Matías Romero

….No, no los aceptan como debieran. Tiene que estar uno presionando para que los atiendan porque si hay mucha gente en urgencias tienen que esperar y además últimamente les han estado cobrando la consulta, exámenes y hasta la medicina y es un trato ya deficiente.

Casa del Migrante Hermanos en el Camino.

Durante la investigación en Oaxaca se visitaron 3 casas del migrante: La del "El Buen Samaritano" ubicada en la ciudad de Oaxaca, "Hermanos en el Camino", en Ixtepec y la casa del migrante de Matías Romero.

Las casas que mayor número de migrantes reciben son la de Ixtepec y la de Matías Romero. Ambas casas se ubican en la región del Istmo, y aunque se podría pensar que la experiencia que tienen en el acompañamiento a migrantes es parecida, existen diferencias que son fundamentales, comenzando por la aceptación de la comunidad a la propia casa, hasta lo que tiene que ver con la atención médica que reciben las y los migrantes que llegan a buscar abrigo en ellas.

De esta manera tenemos que en Ixtepec, existe un gran rechazo hacia la casa del migrante, que ha llegado a manifestarse incluso con intentos de incendiarla. A decir de los integrantes de la casa, hay poca sensibilidad hacia los migrantes por parte de la comunidad. Esta situación también se refleja en la atención a la salud de las y los migrantes.

Si un migrante llega solo a buscar atención médica, ya sea por enfermedad o porque haya sufrido algún accidente durante el camino, ésta de

manera regular les es negada. De acuerdo con lo señalado por los integrantes de la casa del migrante, a veces sólo hay un médico para atender a los pacientes, que en promedio tienen que esperar de 3 a 4 horas. Si bien la intervención de la casa del migrante es muy importante para que las y los migrantes puedan ser atendidos, también es cierto que se topan con obstáculos que impiden que puedan acceder a los servicios de salud y tienen que estar presionando para que sean atendidos.

Las causas que identifican como explicación para la negación de atención médica, son dos, una tiene que ver con el número de pacientes que acuden al servicio de urgencias del hospital regional y la falta de personal médico que existe para brindar la atención médica, y la otra tiene que ver con la discriminación que existe hacia los migrantes.

El caso de Matías Romero es diferente, debido que, previo a la apertura de la casa del migrante, se hizo una labor de sensibilización tanto a la comunidad como a las autoridades municipales, incluyendo al personal de las instituciones de salud. Esta situación ha permitido que sea la propia comunidad la que sostiene a la casa del migrante, a través de donaciones, tanto en especie como en dinero; también se ha involucrado en las actividades propias de la casa, de tal manera que existe un rol para elaborar los alimentos diarios de los migrantes, sin que, durante todo el año, repita 2 veces una misma persona.



El proceso previo de sensibilización, de acuerdo a los integrantes de la casa del migrante, ha hecho que las instituciones de salud atiendan, a veces hasta de manera preferente, dependiendo de la gravedad, a las y los migrantes que llegan a solicitar atención médica. Sin embargo, esto no quiere decir que no existan problemas de desabasto y falta de personal que dificultan la atención.

Si bien en Oaxaca no existe, hasta el momento, política alguna en materia de salud, dirigida de manera específica a las y los migrantes que cruzan por el territorio, las casas del migrante juegan un importante papel para lograr que ellos sean recibidos en los hospitales regionales.

Caso
Amiel, migrante hondureño, 20 años

Me acuerdo que yo estaba a un lado de la calle y cuando escucho que viene sonando el tren yo empecé a temblar y cuando yo lo miro a distancia por allá la tierra empieza a temblar. La piel se me puso chinita, ya no podía ni pararme pero yo me decía tengo que subirme, ya no tenía dinero y no me quedaba de otra. Cuando yo subí cuando yo cruce la calle el tren iba así para atrás iba como a 100, 120 porque yo me queda viendo a los vagones no los podía alcanzar con mi vista. Pero dije tengo que subirme pero yo no sabía lo que era subirse a una cosa de esas y ahora no



me lo quiero ni imaginar porque es horrible, es como cuando estás con miedo. Yo me avente así para arriba cuando yo me elevo yo le tengo miedo porque me jala el tren yo dije tengo que subirme de nuevo, de ahí me subí otra vez, ya la segunda vez, ya cuando me subí otra vez no aguanté no soporté la velocidad y me aflojé y cuando yo me aflojo me caigo.

Yo quedé ahí y quedé así yo miraba por arriba de mi y pasaba espere y espere y yo decía "Dios guárdame", pero cuando pasa el último vagón yo dije estoy vivo, me levante y es cuando yo siento que me duele el hueso. Me quede viendo así mi pie, o sea que fue un golpe, el golpe era tan intenso que me arrancó la piel. Inmediatamente la ambulancia me recogió, pero sí quedé en shock mucho tiempo como 20 días.

Amiel se accidentó el 23 de julio de 2010, en agosto todavía se encontraba internado, los médicos intentaron reconstruir el pie que había sido aplastado por el tren. Sin embargo Amiel cuenta que en su pie no había tejidos: *se me desbarató todo, la piel y el clavo lo perdí, rápido lo perdí me lo quitaron y ya normal pero iba a quedar bien mi pie porque el clavo se iba a soltar como un lienzo pero en el hospital cogí una bacteria que se llama pseudomona, son bacterias intrahospitalarias. Me aplicaron medicamentos demasiado fuertes bien caros muy caros que ya no pudieron combatir y se me fue al hueso no echaba sangre ya. Mi pie estaba bueno y yo movía los dedos lo único que me había carcomido todo y el carcañan[131] , lo había perdido, no tenías carcañan, la bacteria me fue comiendo el hueso y el médico me dijo que me tenía que amputar el pie, fue duro para mí al principio pero la verdad pensé positivamente la vida sigue no tengo por qué quedarme estancado no tengo que sentirme lástima hacia los demás tengo que cumplir mis metas mis sueños y salir adelante. A los dos días se hizo la cirugía porque llegaban otros y así ocupaban mi lugar. Ya hasta que después me dijeron vamos al quirófano, me llevaron al quirófano ahora sí que me cortaron mi pie.*

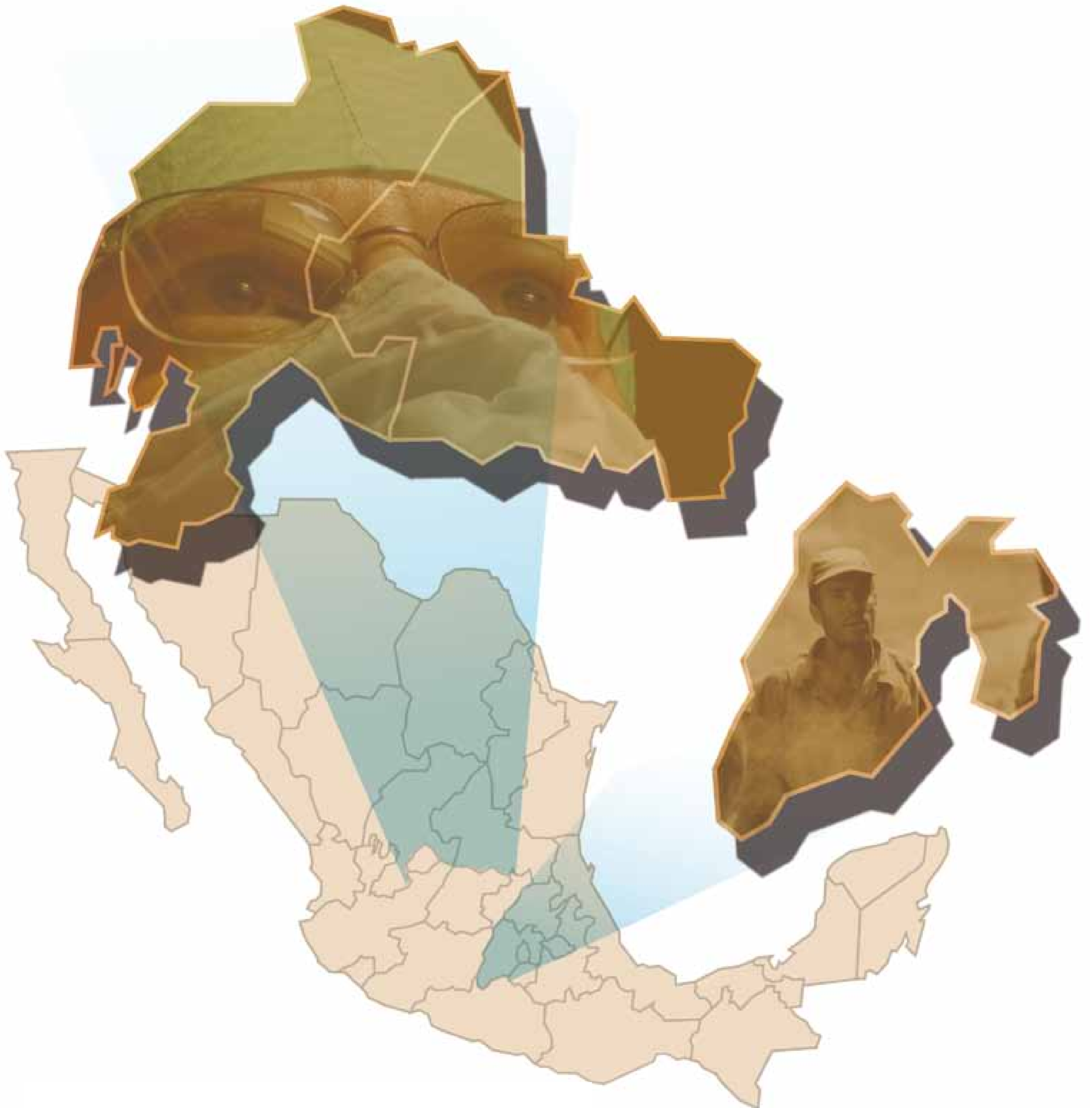
Yo decía no con una prótesis vuelvo a caminar normal pero yo no sabía de dónde iba a sacar una prótesis, como voy a hacer para conseguir una prótesis están muy caras y a veces yo decía pues ya algo bueno vendrá para mí de ahí me trajeron a una estancia de inmigración y me mandaron para acá pero antes de eso en el hospital estuve nervioso los psicólogos iba y me miraban y me decían no tranquilo y de ahí me dediqué a ir de estancia en estancia en el hospital porque había muchachos que tenían la misma bacteria que ya se le había ido el pie que lo iban a apuntar o cualquier cosa y está muy triste y yo me iba a darles ánimo les decía mira a mi me cortaron mi pie.



[131] Carcañan- cara anterior del pie

Capítulo 6. Centro: Estado de México, San Luis Potosí y Zacatecas

por Rosalba Rivera, Centro de Estudios Sociales y Culturales Antonio de Montesinos (CAM)



El estado de México es un punto de estudio importante debido a que por su ubicación central, limitante al norte con Querétaro e Hidalgo, al sur con Morelos y Guerrero, al oeste con Michoacán y al este con Tlaxcala y Puebla (todos ellos, estados expulsores de mano de obra a los Estados Unidos y hacia otras entidades), los tipos de migración que presenta son variados. Se observa tanto flujos migratorios internos como internacionales y recientemente hay una zona de frecuente tránsito de migrantes provenientes de la frontera sur y con destino a Estados Unidos.[132]

Contexto

En esta entidad el proceso de urbanización se ha acelerado considerablemente, pues se ubica una región donde existe un gran mercado de trabajo debido a la inversión y al desarrollo industrial y turístico, a la que miles de personas acuden en búsqueda de empleo y de mejores condiciones de vida. Pero también se han establecido los llamados cinturones de miseria o zonas marginales.[133]

El estado de México ocupa el primer lugar por su monto de población, con relación a las entidades que integran el país, de acuerdo con estimaciones del INEGI. En 2009, la entidad concentra casi 14.8 millones de personas, lo que representa 13.8 por ciento del total de la población nacional.

Una de las características demográficas del Estado de México es la gran concentración de población, dándose sobre todo en cuatro municipios del Valle de México y en uno del Valle de Toluca.

El Estado de México, por su ubicación geográfica central constituye el nodo de conexión en la ruta de paso de migrantes extranjeros con destino a Estados Unidos. Este flujo de **transmigrantes**[134], en su mayoría internados de manera irregular al territorio nacional, ha crecido en las últimas dos décadas.

Se estima que la magnitud del flujo de transmigrantes documentados asciende a cerca de 200 mil personas por año, aunque se sabe que un número aún no determinado lleva a cabo el desplazamiento en condiciones no autorizadas (CONAPO 2001, 76). Sólo se cuenta con las cifras correspondientes al número de aseguramientos realizados por las autoridades migratorias mexicanas.

De acuerdo con los datos disponibles, los aseguramientos han ido en constante ascenso y muestran dos puntos de inflexión: uno, en 1980, cuan-

---

[132] El Estado de México es la entidad más poblada de la República, hasta julio del presente 2010 contaba con una población de 14'258,539 habitantes, aun cuando su superficie representa sólo el 1.14% del territorio nacional. Se localiza en la parte central de la meseta de Anáhuac y comprende los valles de México, que incluye el Distrito Federal, Toluca, parte del valle de Puebla y las cadenas montañosas de Sierra Nevada, Monte de las Cruces, Monte Alto y Cumbres Occidentales. Está dividido en 125 municipios, agrupados en 8 regiones que son Toluca, Zumpango, Texcoco, Tejupilco, Atlacomulco, Coatepec de Harinas, Valle de Bravo y Jilotepec.

[133] En la entidad existe un alto grado de desigualdad social y económica, como ejemplo, el municipio de Naucalpan es uno de los más ricos del país frente a Chalco en donde se concentran amplios sectores en pobreza.

[134] De acuerdo a la Ley General de Población, en su artículo 42, se establece como transmigrante a toda persona extranjera que se encuentra en tránsito hacia otro país y que podrá permanecer en territorio nacional hasta por treinta días.

do rebasó la barrera de diez mil acciones, y el otro, en 1990, cuando sobrepasó la cifra de cien mil acciones anuales. La casi totalidad de los aseguramientos llevados a cabo en los últimos años ha correspondido sistemáticamente a los migrantes procedentes de Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua (CONAPO, 2001).

El tren de carga es el medio de transporte más usado por los migrantes indocumentados para desplazarse a lo largo del territorio mexicano. Las rutas ferroviarias provenientes de la frontera sur del país que son operadas por la Compañía de Ferrocarriles Chiapas-Mayab, S.A. de C.V. y por Ferrosur, S.A. de C.V. van a entroncar en el estado de México, específicamente en la zona conocida como Lechería, del municipio de Tultitlán, donde se encuentra la Terminal del Valle de México, S.A. de C.V.

De aquí parten dos rutas hacia ciudades fronterizas del país una operada por Grupo Ferroviario Mexicano, S.A. de C.V. (Ferromex) y la otra, por la empresa Kansas City Southern de México (antes Transportación Ferroviaria Mexicana, S.A. de C.V.).

Debido al incremento del crimen organizado y la corrupción de funcionarios públicos del INM, los migrantes son uno de los grupos más vulnerables a las extorsiones y de sufrir cualquier tipo de accidentes en el intento por subirse a los trenes en movimiento.

En el municipio de Tultitlán recientemente se inauguró una Casa del Migrante para dar abrigo y apoyo básico como alimentación, ropa, acceso a baño y atención médica elemental a los migrantes que transitan en la zona.

Reconocimiento del derecho a la salud

En el Estado de México el acceso a la salud sin discriminación se encuentra enunciado en el artículo 5 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano del México, el cual señala:

> *En el Estado de México todos los individuos son iguales y tienen las libertades, derechos y garantías que la Constitución Federal, esta Constitución y las leyes del Estado establecen.*
> *Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, género, edad, capacidades diferentes, condición social, condiciones de salud, religión, opiniones, preferencias, estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas. El Estado garantizará la vigencia del principio de igualdad, combatiendo toda clase de discriminación (Constitución Política del Estado de México, 1995).*

En el año 2000, mediante el decreto 156, se crea la Secretaría de Salud del Estado de México y su Reglamento Interior, indicando que el ISEM le auxiliará en el logro de sus metas. Posteriormente, en 2001 se publica el Código Administrativo del Estado de México, derogando la Ley de Salud vigente a la fecha y retomando la institucionalidad del Instituto de Salud del Estado de México.

Con el objetivo de brindar atención integral en materia de salud a través de políticas públicas, el Gobierno del Estado de México desarrolló un *Programa Estatal de Salud 2005-2011 (PROESA).* Sin embargo, los objetivos y metas de este programa están dirigidos puntualmente a ofrecer bienestar a los mexiquenses y sus familias, es decir, no contempla a personas migrantes extranjeras.

El PROESA dice ser, por una parte, un componente del Pilar 1: Seguridad Social, del Plan Estatal de Desarrollo, y por lo mismo participa de su naturaleza normativa, siendo de observancia obligatoria para todos los actores del Sistema en la entidad. Cumple a su vez con lo estipulado en la Ley General de Salud, en su artículo 13, que señala que a los gobiernos de las entidades federativas les correspon-

de formular y desarrollar los programas locales de salud, correspondientes al Programa Nacional de Salud, en el marco del Sistema Estatal de la materia.

Infraestructura de salud

El Sistema de Salud del Estado de México tiene las mismas características del Sistema actual de Salud en México, que data de la tercera década del siglo XX (PROESA, 2005, 15). En 1943 se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy Secretaría de Salud) para dar cobertura a las personas que no son asalariadas en el sector de empleo. Éstas son aproximadamente el 53 % de la población. Al mismo tiempo surge la principal institución de seguridad social, el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) para los trabajadores asegurados, empleados en el sector formal de la economía.

En 1960 se creó un esquema independiente de seguridad social para los trabajadores del Estado (ISSSTE), se instituyeron además una serie de programas para cubrir grupos de sectores específicos como el caso de la industria petrolera, y las fuerzas armadas.

En el caso específico del Estado de México, además de contar con el ISSEMYM, institución que protege a los trabajadores del Estado y Municipios, recientemente se ha creado el IMIEM, que es Instituto Materno Infantil del Estado de México, separándolo del DIFEM y otorgándole una institucionalidad propia.

Como se ha mencionado, las estrategias en materia de salud del actual gobierno se establecen con claridad en el Programa Estatal de Salud, en donde se enumeran 6 objetivos estratégicos y 10 estrategias; en ninguno de ellos se hace alusión a la atención de personas migrantes. Estas últimas son:

1. Vincular a la salud con el desarrollo económico y social.
2. Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres.
3. Enfrentar los problemas emergentes.
4. Impulsar la calidad de los servicios de salud.
5. Protección financiera en materia de salud a toda la población.
6. Federalismo cooperativo en materia de salud.
7. Rectoría de la Secretaría de Salud del Estado de México.
8. Modelo Integrado de Atención a la Salud.
9. Participación ciudadana.
10. Inversión en recursos humanos y organización, investigación e infraestructura en salud, en la entidad. (PROESA, 2005)

Ante ello, la vulnerabilidad del sector de transmigrantes en la entidad sigue siendo la más preocupante, debido a que en los hospitales del IMSS o ISSSTE ubicados en los principales puntos de la ruta del tren (Tultitlán y Cuautitlán) generalmente no son recibidos.

Cabe señalar que el municipio de Cuautitlán cuenta con la siguiente infraestructura de salud pública:

- Hospital General Regional "José Vicente Villada", dependiente del Instituto de Salud del Estado de México.
- Centro de Salud Urbano Municipal.
- Unidad de Medicina Familiar del IMSS.
- Dos Clínicas de Salud Pública municipal.

Por su parte el municipio de Tultitlán de Mariano Escobedo cuenta con:

- DIF municipal existen servicios de consulta externa, odontología y psicología de bajo costo y se ofrecen jornadas de salud.

El 4 de marzo del 2010 se inauguro el Hospital de Alta Especialidad Bicentenario de la Independencia perteneciente al ISSSTE, hospital de alta especialidad, con 300 camas totales y 5 quirófanos.

La clínica 198 del IMSS que se encuentra ubicada en Juana María Pavón S/N; esto obedece a la creciente demanda poblacional de la localidad San Pablo de las Salinas. Ésta clínica ofrece servicios básicos de atención médica; apoyándose para pruebas clínicas más complejas del hospital 98 ubicado en Villa de las Flores.

Atención a la salud para migrantes extranjeros en el Estado de México

Como ya se ha mencionado, en esta entidad existen varios tipos de migración, para cada una de las cuales, el acceso a los servicios médicos es diferenciado. Se podría afirmar que los migrantes internos tienen mayores posibilidades de recibir atención médica adecuada, pues aunque una parte de esa población no sea derechohabiente puede acceder a los hospitales y clínicas de Salubridad Pública o bien contar con su inscripción al recientemente instituido Sistema de Seguro Popular.

Por otra parte, los extranjeros radicados en la entidad con una forma migratoria vigente que acredite su regular estancia en México, pueden acceder a la atención médica oficial, quizá con los mismos contratiempos en cuanto a la calidad de los servicios públicos que enfrentan los mexicanos.

De acuerdo con el Instituto de Salud Pública del Estado de México las unidades médicas hospitalarias "no cuentan con disposiciones legales o normatividad para brindar el servicio de salud a personas extranjeras o migrantes"[135] , lo cual deja ver que no hay limitantes expresas que les limite la atención, pero tampoco circulares que recuerden la vulnerabilidad de este grupo de población.

Sin embargo, esto no es del todo cierto, pues existe ante toda la inoperancia burocrática de hospitales y clínicas que menoscaban la atención a las personas migrantes, ya sea por ignorancia o indiferencia.

> *"… Si saben que eres extranjero no te dan la misma atención, dicen que primero es el espacio para un mexicano y luego para un extranjero (…) Yo soy naturalizada, tengo 29 años viviendo en México, al principio estuve como refugiada pero después de varios años ya me naturalicé como mexicana y mi esposo también. Desde que llegamos nos hemos tratado con médico particular, porque para ir aquí a las clínicas u hospitales te ponen una serie de requisitos que de alguna u otra forma no logramos cumplir; a veces no conocen ni las formas migratorias que te acreditan que estás regular en México"…*

> *"No hemos tenido tantas complicaciones médicas, sólo ahora que a mi hijo de 11 años no lo quisieron recibir en el Centro de Salud (de Los Reyes La Paz) porque no tiene acta de nacimiento mexicana, pusieron muchos peros porque dijeron que mi hijo es migrante, pero lo que pasa es que las autoridades del estado de México son muy ignorantes porque el niño tiene su FM2".*

> *"Lo mismo pasó cuando lo inscribimos a la escuela, no lo querían aceptar porque el niño no tenía cartilla de vacunación de México. Dijeron que nada más no lo sacaban porque su hermana sí era mexicana y no lo querían discriminar"…*

> *"Hace 5 años a mi mamá la tenían que operar de una hernia y mejor nos fuimos a Guatemala para que la atendieran allá, nos salía más costosa la atención en los hospitales de aquí que el pasaje de para llevarla allá, invertimos todos nuestros ahorros y mira que cómo cuesta hacer ahorros para gastos de salud"…*

[135] Respuesta a solicitud de información del Instituto de Salud del Estado de México, obtenida el 04 de febrero de 2011 a través del Sicosiem. Anexo 2

"Aún no sé que voy a hacer para ahora que me alivie, estamos buscando opciones en clínicas particulares pero es muy caro. Por el momento, aunque nosotros les tenemos mucha confianza a las parteras de Guatemala, pues estamos muy lejos y ya no hay dinero para ir, así que estamos viendo al médico particular de siempre, como ya nos conoce, él ha visto a todos los de la familia desde hace muchos años y luego hasta nos regala las medicinas de muestra que le dan; las consultas y los chequeos de cada mes no me los va a cobrar y hasta ahora es la mejor opción para que mi hijo nazca" [136]

Si nos referimos a la población de extranjeros reconocidos como refugiados radicados en la entidad, éstos cuentan con el avance en el acceso a la salud por un convenio firmado en el 2009 entre la Comisión de Ayuda a Refugiados (COMAR) y el Seguro Popular para garantizar la atención médica de refugiados y sus familias. De cierta forma, esta población cuenta con el apoyo de la COMAR que, como instancia oficial dependiente de la Secretaría de Gobernación, brinda algún tipo de acompañamiento para la efectiva atención de sus usuarios.

"Sin embargo, en cuanto a migrantes, actualmente el Seguro Popular sólo abarca a familias de mexicanos que se encuentran en Estados Unidos y con los cuales tenemos contacto a través de los consulados en ese país; y a refugiados en México. Los migrantes de paso por México son un asunto pendiente y es difícil porque la legislación interna no los reconoce, mientras no tengan una figura legal, no pueden gozar de los derechos humanos que les corresponden" [137]

Por su parte, en cuanto a los migrantes internacionales mexicanos en Estados Unidos cada vez se realizan mayores esfuerzos por parte del gobierno federal para garantizar la cobertura de servicios de salud en aquella nación. Igualmente, a nivel federal se tienen como firme intención brindar acceso a la salud a los familiares de mexicanos migrantes principalmente a través del Seguro Popular.

Sin embargo, quienes actualmente se encuentran en el abandono gubernamental en materia de salud son aquellos miles de migrantes que se encuentran de paso por la entidad para llegar al país del Norte. En Estado de México no existe ninguna mención en programas públicos para garantizar su derecho a la salud, más aún, existen evidencias de una constante discriminación hacia ellos tanto en las instancias públicas como por médicos particulares.

Casas del migrante

En la entidad existe sólo una organización civil orientada a brindar atención a personas migrantes en tránsito, que es la **Casa del Migrante San Juan Diego.** Está ubicada en el municipio de Tultitlán, muy cerca de las vías y de la estación Lechería del Ferrocarril Suburbano.

Las necesidades de salud que presenta este sector de migrantes pasa por todos los niveles de atención. En la Casa del Migrante se han presentado enfermos de deshidratación severa, influenza, lesiones por golpizas, heridas de bala, enfermedades de riñón, úlceras de estómago, fiebre, dolor de huesos, infección por placa maxilofacial, fracturas, epilepsia, mutilaciones y dos personas con VIH.

Esta casa cuenta con apenas dos años de trabajo y fue fundada eventualmente a partir de una iniciativa pastoral de la señora Guadalupe Calzada

---

[136] Entrevista con Vilma Juárez, originaria de Guatemala, entró al país como refugiada en 1982 junto con su familia (madre, hermana y esposo) actualmente está naturalizada en México. Al momento de la entrevista 12 de marzo de 2011 tiene 6 meses de embarazo.

[137] Entrevista con Marco Antonio Díaz Lobo, Seguro Popular.

Sánchez. A la fecha está formalmente a cargo de la Pastoral de Movilidad Humana de la iglesia católica y funciona con el apoyo económico de la Diócesis de Cuautitlán.

Aunque su misión está orientada básicamente a brindar apoyo humanitario, cuenta con un grupo de voluntarios que ofrecen asesoría legal, apoyo psicológico, asistencia médica y acompañamiento a casos. Cabe resaltar que el carisma cristiano de este espacio conocido como albergue de Lechería hace que la atención médica pueda ser brindada de forma solidaria y discreta.

> *"Aquí viene al menos un día a la semana un enfermero que se encarga de revisar a los enfermos, los cura de algunas heridas, les trae algunos medicamentos y no me cobra nada, tampoco quiere que se sepa su nombre, aunque si tú buscas en los diarios te vas a enterar que es el mejor enfermero de México, le acaban de dar una medalla que reconoce su profesionalismo a nivel nacional, sólo te digo que él trabaja en el Hospital de Lomas Verdes.*
>
> *Cuando estoy desesperada por alguna urgencia, de plano le llamo a la doctora que me atiende a mí y a mi familia y ya, ella me da indicaciones de lo que debo hacer para un dolor muy fuerte, qué medicamento consigo, o de plano, si le llevo a la persona, no me cobra porque lo hace como amiga.*
>
> *Yo misma la hago aquí de enfermera y de doctora, he aprendido, no sé de dónde saco fuerza para curar las heridas cuando vienen descalabrados, sangrando, yo les lavo y limpio la pus en las infecciones de quemaduras, cortadas o golpes que traen los muchachos; he aprendido a ser doctora, enfermera, cocinera, vigilante"* [138]

Esta Casa cuenta con cierto apoyo de la autoridad municipal, sobre todo a través del sistema municipal para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Tultitlán, quien ha donado una parte de la infraestructura del albergue y es quien ha brindado, además, servicios médicos básicos a los migrantes canalizados a su Clínica, el apoyo para trasladar a personas migrantes a los hospitales de la zona o al Distrito Federal.

Esta instancia comenzó a acercarse a la Casa del Migrante a través del programa METRUM que proporciona asistencia psicológica particularmente a niños de la calle, sin embargo, ante el interés de la presidenta del mismo, Leticia Calzada Arrollo, esta atención llegó a la Casa para realizar una sesión grupal con los migrantes todos los viernes.

De acuerdo con información proporcionada a través del Sistema de Control de Solicitudes de Información del Estado de México, entre los meses de enero a diciembre de 2010 el DIF Tultitlán reporta haber atendido a 480 migrantes, de los cuales 360 tienen como lugar de origen Honduras, 68 El Salvador, 63 Guatemala y 7 de Nicaragua.[139]

No obstante este apoyo, el alcalde Marco Antonio Calzada Arroyo, del PRI, se ha pronunciado contra la permanencia en el municipio de la Casa del Migrante San Juan Diego, debido a que

"los indocumentados centroamericanos generan inseguridad y no otorgan ningún beneficio a la localidad". "No estoy de acuerdo con la Casa del Migrante, pero tengo que dar cumplimiento y funcionabilidad". (El Universal, 03/09/2010).[140]

De acuerdo con información de la misma autoridad municipal, "diariamente llegan a Tultitlán entre 100 y 150 migrantes centroamericanos, todos

[138] Guadalupe Calzada, entrevista realizada 13 de enero de 2011
[139] ANEXO 1
[140] "Alcalde de Tultitlán rechaza Casa del Migrante", EL UNIVERSAL, Estado de México, 03/09/2010 http://www.eluniversaledomex.mx/otros/nota6857.html

ellos sin dinero, hambrientos y sedientos, por lo que algunos cometen delitos, como robar tanques de gas en domicilios particulares". Ante ello, "Calzada Arroyo dijo que no está de acuerdo con la llegada de migrantes a Lechería, por lo que pidió a las autoridades federales cerrar la frontera al paso de los indocumentados, con lo que llegarían en menor número al municipio" (El Universal, 2010).

Y, efectivamente, mandó a construir un "muro como el de Estados Unidos, lo cual es una vergüenza para México, para impedir que los migrantes pasen por la zona de Lechería como estaban acostumbrados, ahora caminan varios kilómetros para ir a tomar el tren en otras zonas".[141]

De acuerdo con Víctor Manuel Mexía Hernández, defensor municipal de derechos humanos, esto fue realizado por la empresa Ferrovalle al construir la estación Tultitlán del Ferrocarril Suburbano en las inmediaciones de la colonia La Concepción. Dicha empresa colocó una un muro que dificulta el acceso de los indocumentados a la zona. Por lo que ahora se registra una disminución de los flujos de centroamericanos en Tultitlán y se incrementan en las zonas de Cuautitlán, Teoloyuca y Huehuetoca.[142]

En cuanto a la labor de su oficina, Mexía Hernández explica que sus principales tareas relativas a los migrantes, es brindar información sobre sus derechos humanos en las vías del tren, donde realizan recorridos una o dos veces por semana. Ahí, los temas que manejan se refieren a algún problema o mal trato que los migrantes hayan recibido de parte de cualquier servidor público. Sin embargo, indica que esta población generalmente no interpone quejas debido a la condición de tránsito en la que se encuentran. Algunas veces reciben quejas para dar seguimiento de algunas oficinas de Derechos Humanos de otras entidades sobre todo al norte del país, por ejemplo, San Luis Potosí, sobre todo relativas a extorsiones de parte de policías realizadas en territorio mexiquense. Sin embargo, estas en su mayoría carecen de fundamentación por lo que es muy difícil dar seguimiento, es decir, no tienen una descripción completa de los uniformados, su número de placa, la parte precisa en que ocurrieron los hechos, etc.

Por otro lado, existe la colaboración estrecha entre esta oficina y la Visitaduría General de Programas Especiales de la Comisión Estatal de Derechos Humanos a cargo del Lic. Víctor Delgado, con sede en Toluca. A través de la cual se realizan recorridos semanales en toda la vía del tren que pasa por el Estado de México para brindar apoyo a los migrantes centroamericanos.

Asimismo, tanto la Casa del Migrante como la Defensoría de Derechos Humanos del Estado de México, se apoya frecuentemente en el Cuerpo de Protección Civil de Tultitlán para dar apoyo de emergencia y traslado en sus ambulancias a los migrantes lesionados o enfermos encontrados en las vías del tren.

El llamado para recoger y trasladar a migrantes lesionados antes de la construcción del muro en las vías del tren era muy alto y diario, asegura Marco Antonio Pacheco, comandante operativo de Protección Civil de Tultitlán.

> *"Cuesta mucho que reciban a los migrantes en los hospitales, a veces, teníamos que andar de 8 a 12 horas buscando canalización por parte del Centro Regulador (…) Las urgencias sí las reciben porque tienen la obligación, pero a veces tenemos que decirle al migrante si se puede mover, bájate y métete tú, porque si vienen en camilla y presentan casos graves a nosotros no nos los reciben".*[143]

---

[141] Guadalupe Calzada, entrevista realizada 13 de enero de 2011
[142] Víctor Manuel Mexía Hernández, Defensor Municipal de Derechos Humanos de Tultitlán, entrevista realizada el 14 de enero de 2011.
[143] Marco Antonio Pacheco, comandante operativo de Protección Civil de Tultitlán, entrevista realizada el 14 de enero de 2011.

"Generalmente los hospitales de la zona atienden "cosas leves como pies hinchados, dolor de cabeza, problemas de presión, deshidratación, etc. Pero hemos tenido casos como amputaciones por caídas de tren, electrocutados, en donde cuesta más trabajo ingresarlos aquí (…), en un caso así nos mandaron a Traumatología de Lomas Verdes pero no había lugar así que tuvimos que ir a la Cruz Roja de Polanco, otras veces tenemos que buscar lugar hasta Toluca".

También, el comandante de Protección Civil comentó que desde sus experiencias con migrantes los hospitales no niegan el acceso cuando existe el acompañamiento de Derechos Humanos o de reporteros.

Frecuentemente, los llamados que atienden provienen de la Casa del Migrante, Seguridad Pública Municipal, Derechos Humanos y la propia empresa Ferrovalle.

Quejas ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos

De acuerdo a la información proporcionada por la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) sólo existen dos quejas registradas por violaciones al derecho a la salud en agravio a personas migrantes y extranjeras acaecidas en el Estado de México, en las que se señala como autoridades presuntamente responsables al Centro Federal de Readaptación Social No. 1 "El Altiplano" y a la Policía Federal en el periodo comprendido 2008/2010.[144]

Por su parte, la Visitaduría General Zona II Oriente ubicada en Tlalnepanta de Baz y la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de México (CODHEM) a través del sistema Sicosiem, reportan sólo una queja relativa a la salud de migrantes y la existencia de otras 14 y 33 quejas interpuestas por migrantes en 2009 y 2010, respectivamente, pero no relativas a la salud.[145]

La queja mencionada fue presentada a finales de 2010 por el ciudadano hondureño Adelmo García García, en contra del Instituto de Salud del Estado de México por una mala atención en el Hospital General de Cuautitlán "Gral. José Vicente Villada" que derivó en la amputación de parte de su pie izquierdo.

La queja está clasificada "Oficio/Anónimo/Migrantes" y, al momento de la entrevista con el licenciado Alejandro Zamora Vázquez, Visitador Adjunto Especializado II, se encuentra en trámite por lo que su contenido aún no es público.

"Este expediente fue turnado a la CODHEM para su revisión por la CNDH y se encuentra en valoración por la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de México, quien a su vez ha solicitado notas al Hospital Vicente Villada, con el fin de realizar el peritaje médico técnico institucional que determine negligencia médica o mala atención, y el nivel de responsabilidades correspondientes a servidores públicos o instituciones" [146]

El caso del señor Adelmo fue conocido por la Casa del Migrante San Juan Diego, quien lo recibió después del accidente aproximadamente en octubre pasado. "Cuando él se va de aquí, el tren le machuca (en Teoloyucan) los dedos de un pie; llegó a la Casa y lo llevamos al Hospital Vicente Villada en donde no se le hizo curación sino que sólo se lo enyesaron… al otro día el pie le apestaba demasiado, nos dimos cuenta que se le había infectado

[144] Anexo 3 se solicitaron detalles sobre dichas quejas a la CNDH, aún no se recibe res puesta.
[145] Anexo 4
[146] Alejandro Zamora Vázquez, Visitador Adjunto Especializado II-Tlalnepantla de Baz, entrevista realizada el 13 de enero de 2011.

y lo llevamos de vuelta al mismo hospital, donde se negaron a recibirlo".[147]

Una de las voluntarias de la Casa del Migrante, Patricia Cordero, fue quien dio acompañamiento a Adelmo y realizó los trámites para que se le brindara atención necesaria en el Hospital Juárez de la Ciudad de México, institución que, después de las gestiones y sensibilización realizadas por Patricia con el director general Dr. Gerardo Pérez, atiende a los migrantes sin costo alguno.

> *"Tuvimos que andar dando vueltas, llenando formatos para el estudio socioeconómico, en la primera cita nos pedían valoración de cirujano plástico pero para ello necesitábamos presentar el pago antes… aún cuando yo les indicaba que veníamos de una casa de asistencia humanitaria y que los migrantes carecían de recursos económicos (…) Al andar buscando al director, en los pasillos me encuentro con un cirujano plástico quien acepta darme una hoja de ingreso para mi paciente y así es como pueden atenderlo, ya le amputaron la mitad del pie, se realizaron dos injertos de piel y luego decidió regresar a su país".*[148]

Recientemente, la intervención de la CNDH ha hecho posible la atención para algunos migrantes en el Hospital General Vicente Villada, a quienes les cobran un 10 % del costo de los servicios requeridos en el Nivel I.

Durante, los seis meses de voluntariado, Patricia Cordero conoció el caso de tres migrantes hospitalizados que estaban siendo atendidos en el Hospital General de Tultitlán a quienes el Instituto Nacional de Migración vigilaba con el fin de detenerlos y deportarlos. "Por el hecho de que yo era la firmante responsable de su salud, no se los llevaron. Pero en un momento en que no estuve, uno de ellos firmó una responsiva para su alta del Hospital con lo cual pudieron depórtalo a Guatemala".

De manera general, uno de los temas recurrentes es la "discriminación hacia los migrantes en los hospitales, desde las enfermeras hasta los médicos (…) en muchas ocasiones no los quieren ingresar porque no traen documentos o no hay un responsable o familiar que se haga cargo de ellos y que cubra sus cuotas, o bien los hacen esperar más de una hora para recibir atención, misma que en muchas ocasiones es de mala calidad".[149]

Otro ejemplo es el del señor Ruperto Meráz originario de Honduras, quien ingresó al Hospital Vicente Villada por un fuerte dolor de estómago y luego de que médicos particulares de la zona le negaron su atención. "Le dan calmantes y por la madrugada lo dan de alta y él regresa al albergue. Al siguiente día, el señor tuvo que volver al hospital por complicación de una úlcera a punto de reventar". Para poder cubrir los costos de su operación fue necesaria la intervención del sacerdote Sergio Guevara Lenarduzzi, responsable de la Parroquia de San José Obrero y de la Casa del Migrante, para que un señor acudiera a sacarlo y cubriera los 500 pesos por el servicio hospitalario.

Asimismo, Yamilet Juárez Celaya ingresó al hospital por la amputación de una de sus piernas cuyo procedimiento médico tardó aproximadamente dos meses luego de los cuales se cubrió un costo de 1,600 pesos por parte de la Parroquia de San José Obrero de Tultitlán y se consiguió una prótesis a través de la Cruz Roja Mexicana.

---

[147] Guadalupe Calzada, encargada de Casa del Migrante San Juan Diego, entrevistada el 13 de enero de 2011.
[148] Patricia Cordero, voluntaria durante 6 meses en la Casa del Migrante San Juan Diego y psicóloga del DIF de Tultitlán, entrevistada el 19 de enero de 2011.
[149] Irma Araceli González, voluntaria de la Casa del Migrante San Juan Diego, entrevistada lunes 09 de enero de 2011.

San Luis Potosí y Zacatecas*

Contexto

Ubicados al norte-centro de México, los estados de San Luis Potosí y Zacatecas son entidades que resultan importantes en el contexto de la migración. Zacatecas se había caracterizado por ser un estado expulsor pero, de acuerdo con las entrevistas realizadas, recientemente, debido a la inseguridad que se vive en las rutas migratorias, ha comenzado a recibir migrantes centroamericanos.

Por su parte San Luis Potosí, se encuentra dentro de la ruta del ferrocarril que lleva a los migrantes centroamericanos a Nuevo Laredo, Tamaulipas, ciudad que hace frontera con Estados Unidos. Esta ruta ha sido considerada como peligrosa debido al número de secuestros que se han registrado en contra de las y los migrantes centroamericanos. De acuerdo con datos de la CNDH en su Informe Especial sobre los casos de secuestro en contra de migrantes, San Luis Potosí se ubica como uno de los estados de mayor riesgo para las y los migrantes. Durante el periodo de investigación, San Luis registró un total de 15 secuestros, por debajo de Chiapas y Coahuila.

Reconocimiento del Derecho a la Salud

La Constitución de San Luis Potosí reconoce en su artículo 12 el derecho a la salud de sus habitantes, reconocimiento que se complementa con el artículo 7º que señala que *"para la convivencia armónica, queda asegurado el goce irrestricto de todas las garantías individuales y sociales consagradas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, las que el estado adopta como propias"*, quedando obligadas las autoridades estatales y municipales a respetar y hacer respetar dichas garantías así como los derecho humanos.

Es importante destacar que el derecho a la salud sólo se garantiza para los habitantes de San Luis Potosí, entendidos como todas aquellas personas que vivan de manera permanente en el territorio del estado, de acuerdo a lo señalado en el artículo 19 de la misma Constitución, por lo que quedarían excluidos las y los migrantes, sin embargo, haciendo una interpretación integral de las la legislación mexicana, y tomando como base la Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos, las y los migrantes tienen garantizado el derecho a acceder a los servicios de salud en San Luis.

A diferencia de San Luis Potosí, la constitución zacatecana reconoce en su artículo 1º que *"todo individuo gozará de las garantías que otorgan la Constitución General de la República y la del estado, las que no podrán restringirse ni suspenderse sino en los casos y con las condiciones previstas por la ley"*. Mismo que se complementa con lo señalado en el artículo 2º el cual señala que *"Todas las personas que se encuentren eventual o permanentemente en el territorio del estado, quedan sujetas a sus leyes y bajo el amparo de las mismas en la forma y términos que establecen"*.

San Luis Potosí cuenta con una infraestructura hospitalaria que incluye los hospitales Materno Infantil y Soledad de Graciano Sánchez, así como con los hospitales de Segundo Nivel en Salinas de Hidalgo, Villa de Arista, Ciudad del Maíz, Rioverde, Axtla de Terrazas, Tamazunchale, Ciudad Valles, Ébano, Xilitla, Aquismón y los recién entregados en Xilitla y Aquismón, mientras que en esta capital se cuenta con un hospital de Tercer Nivel como lo es el Hospital Central, Ignacio Morones Prieto.

* Apartado elaborado por Rita Marcela Robles Benítez, Centro de Investigación y Promoción Social A.C. (CIPROSOC)

Casas del Migrante

En San Luis Potosí se encuentra la Casa de la Caridad Cristiana Cáritas A.C.[150], perteneciente a la Pastoral Social. Es el único lugar que tienen los migrantes centro americanos para llegar dentro de esta entidad. De acuerdo con el personal de la casa, cuando es "temporada baja" reciben cerca de 800 migrantes al mes, el 80% son hondureños, seguidos de salvadoreños, guatemaltecos, y nicaragüenses, esporádicamente reciben a personas de Costa Rica o Belice. De diez migrantes que reciben una es mujer.

En la Casa de la Caridad, como en el resto de los albergues que existen en el país, se brinda un lugar en donde dormir, comida, ropa; llevan un registro con datos personales que son utilizados en caso de emergencia (cuando los migrantes mueren o se accidentan en el camino). También cuentan con un servicio médico y dental. A diferencia de otras casas del migrante, la Casa de la Caridad cuenta con un convenio con la Secretaría de Salud del estado, lo que le permite tener personal médico, así como pasantes en medicina para atender a las y los migrantes que llegan ahí.

Si llega alguien mutilado o con heridas graves, lo canalizan ya sea al hospital central o a la Cruz Roja.

De acuerdo con la información proporcionada, el hospital central cuenta con un programa de atención a indigentes y migrantes que requieren atención médica pueden entrar bajo ese concepto. En casos como mutilaciones o heridas graves, la Casa de la Caridad hace acompañamiento. En algunos casos, cuando la salud de las y los migrantes no se vea comprometida, su recuperación puede llevarse en la Casa.



[150] Al cierre del presente informe tuvimos noticia del cierre de esta casa del migrante después de brindar atención a las y los migrantes durante 15 años, esto como consecuencia de la inseguridad que se vive en el Estado, entre otras causas. http://noticierostelevisa.esmas.com/nacional/309975/cierra-casa-del-migrante-san-luis-potosi

En caso de muerte de algún migrante, la Casa de la Caridad se encarga de realizar los trámites de la repatriación del cuerpo.

También, la Casa cuenta con un convenio con la Secretaría de Salud para atender a mujeres embarazadas y personas que viven con VIH. En la Casa de la Caridad se realizan pruebas de VIH, en caso de que resulten positivas se canaliza al CAPASITS. De noviembre de 2010 a febrero de 2011 habían realizado cerca de 142 pruebas de VIH, de las cuales sólo una había salido positiva. Asimismo, el personal médico con el que cuenta la Casa de la Caridad es asignado por Salubridad.

En cuanto a los programas de salud que se han realizado en el estado, el personal de la Casa señaló que hasta el momento han estado más enfocados a las y los migrantes mexicanos, como el programa "Vete sano vuelve sano", pero no se ha echado a andar ningún programa dirigido a migrantes centroamericanos.

En la Casa de la Caridad se realizaron 8 entrevistas a migrantes provenientes de Honduras; salvo uno de ellos que es ex militar, el resto desconocía en qué consiste su derecho a la salud y más aún que en México pueden acceder al servicio público de salud. Sin embargo, todos coincidieron en que en su país de origen los servicios de salud son deficientes, que no toda la población puede acceder a ellos, hay carencia de personal y medicamento. Y el servicio privado de salud es muy caro, por lo que son pocas las personas que acuden a él.

De los entrevistados, solo el ex militar había tenido seguro social, el resto no.

En Zacatecas no existe una Casa del Migrante, pero se entrevistó a la directora del Centro de los Derechos del Migrante, organización dedicada a la defensa de los derechos laborales de los migrantes mexicanos en Estados Unidos. Nos señaló que el fenómeno de la migración centroamericana es nuevo para el estado, que la ruta migratoria es más bien por San Luis Potosí o por Jalisco. El fenómeno se ha ido incrementando desde hace dos años a la fecha, consideran que se debe un poco a la estrategia militar contra el narcotráfico y debido a la inseguridad, por lo que las y los migrantes centroamericanos están buscando rutas alternativas.

Al ser Zacatecas una entidad más bien expulsora de migrantes, y al no ser una ruta de migrantes centroamericanos, no se han desarrollado ni impulsado políticas de salud dirigidas a esta población. Ese es el reto que tendrá que enfrentar de continuar el incremento de migración centroamericana en el estado.

Recomendación CNDH en materia del derecho a la salud

El 27 de octubre de 2010, la CNDH emitió una recomendación al gobierno del estado de San Luis Potosí, en virtud de la muerte de un migrante hondureño que luego de haber sido abandonado frente a la Casa de la Caridad Cristiana Cáritas A.C., se trasladó al Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto" dependiente de los Servicios de Salud del Gobierno de San Luis Potosí. La muerte del migrante hondureño, de acuerdo a lo señalado en la recomendación número 64/2010, se debió a que no se le intervino quirúrgicamente de manera oportuna, conectándolo en una máquina que mantenía su corazón en funcionamiento lo que provocó que perdiera la vida 20 horas después de haber sido ingresado al hospital.[151]

[151] Cfr. CNDH. Recomendación No. 64/2010. Sobre el caso de violación al derecho a la salud y a la vida en perjuicio de "V" migrante de nacionalidad Hondureña. 27 de octubre de 2010.

Recomendación CNDH en materia del derecho a la salud

Del dictamen médico realizado por el perito forense asignado por la CNDH para determinar las causas de la muerte, se desprende que la atención que se le otorgó, en el Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", se practicó de forma inadecuada en virtud de que desde un principio, de acuerdo a los síntomas que presentaba como falta de coordinación y pérdida del equilibrio, somnolencia, y vómito implicaba, en forma fehaciente, que se trataba de un traumatismo craneoencefálico, que requería necesariamente un manejo intrahospitalario urgente, ya que es habitual o común que una evolución clínica como la que presentó el paciente, culmine con un deterioro general e incluso la muerte.

Aproximadamente en dos horas, al menos, el personal del área de cirugía general, había valorado la Tomografía Axial Computarizada (TAC), en la que se determina la presencia de un coágulo en el cerebro, sin embargo, se toma la decisión de operarlo por parte del servicio de neurocirugía hasta las 01:30 horas del día 30 de mayo de 2009, es decir, 3 horas 22 minutos posteriores a su ingreso al nosocomio.

Lo anterior, se considera como un retraso en la atención médica, pues este tipo de casos ameritan tratamiento en forma inmediata, según lo dispuesto el apartado número 4 de la Norma Oficial Mexicana 168 del expediente clínico, aunado a que fue ingresado a quirófano hasta las 02:40 horas, de ese día, lo que denota que hasta ese momento habían transcurrido, desde su ingreso, 4 horas con 32 minutos después de que el migrante hondureño, fue atendido en urgencias.

De acuerdo con las notas médicas del expediente clínico y de ingreso tanto de los servicios de Urgencias, Neurocirugía y Cirugía General se advierte que, el paciente no tenía ningún compromiso respiratorio, lo que en el momento de la valoración por Neurocirugía garantizaba, con una intervención quirúrgica inmediata, su probable recuperación total. Sin embargo, en el expediente no consta nota precisa sobre el manejo específico que se hizo con relación a los síntomas que presentaba, lo que pone en evidencia un inadecuado manejo del paciente, ya que a pesar de que se tenía el conocimiento de los vómitos, no se aplicaron las medidas terapéuticas específicas para su control médico, situación que repercutió en estado de salud del migrante hondureño.

En tal virtud, de acuerdo a la investigación realizada por la CNDH, fue posible establecer que la atención que recibió el paciente por parte del personal del Hospital Central Dr. "Ignacio Morones Prieto", dependiente de los Servicios de Salud del Gobierno de San Luis Potosí, no fue la adecuada por parte de los médicos de neurocirugía y anestesiología; igualmente, se determinó que el tratamiento proporcionado por la institución médica no fue el idóneo para palear el estado de salud en que se encontraba el agraviado, ya que debió de preverse el riesgo de broncoaspiración e intervenirlo quirúrgicamente en forma por demás inmediata y urgente.

En consecuencia los servidores públicos involucrados en la atención a del paciente hondureño tanto en las valoraciones, como en los diagnósticos y tratamientos practicados, contravinieron en su per-

juicio los derechos a la protección de la salud y a la vida, contenidos en los artículos 4, párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción I; 13, apartado B, fracción I; 23; 25; 27, fracciones III y X; 32; 33, fracción II; 34, fracción I; 50 y 51, de la Ley General de Salud; 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 12, párrafo segundo, de la Constitución Política del Estado de San Luis Potosí; así como, 1; 2; 3; 5, apartado A, fracciones I , XVII y XIX; 25, fracción III y X; 43; 173; 174, fracciones III y XII, de la Ley de Salud del Estado de San Luis Potosí, en que se establece el derecho de todo paciente a que se proteja su salud, mediante la obtención de una atención oportuna, de calidad idónea, profesional y éticamente responsable



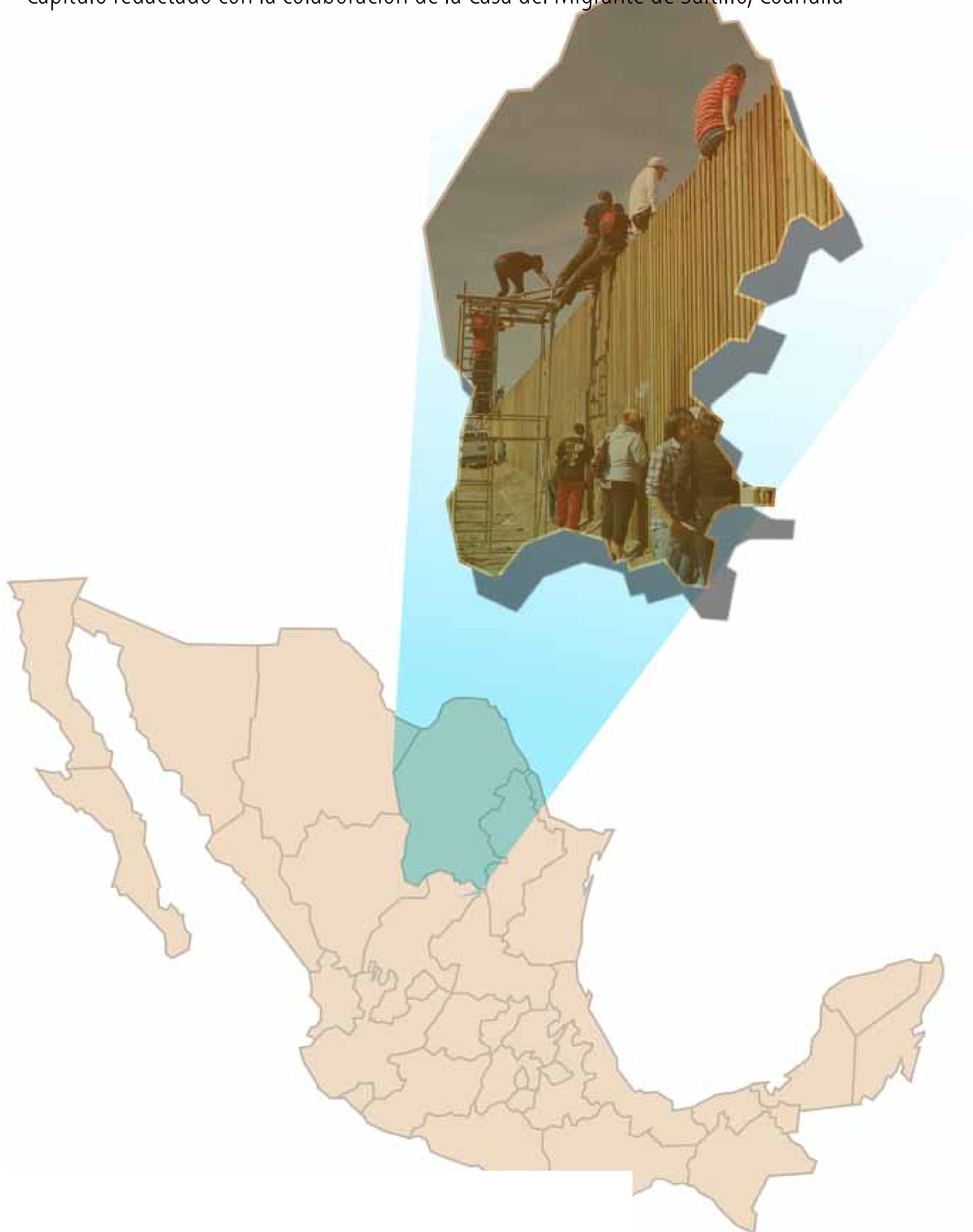
Ante este caso de violación a los derechos humanos a la salud y a la vida, la CNDH recomendó la indemnización a los familiares del paciente, girar instrucciones a quien corresponda para la elaboración y seguimiento de la denuncia de hechos presentada por la propia CNDH ante la PGJ del estado de San Luis Potosí, así como que se giren instrucciones para que en el Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", dependiente de los Servicios de Salud del Gobierno de San Luis Potosí, se diseñe e imparta un programa integral de capacitación y formación en materia de derechos humanos, con especial énfasis en el contenido, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, a fin de que el servicio público que se proporcione se ajuste al marco de legalidad y a las sanas prácticas administrativas que se deben observar en el ejercicio de sus funciones, garantizando que se apliquen los protocolos de intervención precisos, evitando de esta manera actos como los que dieron origen al presente pronunciamiento, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

De acuerdo a la recomendación emitida por la CNDH, es evidente que en San Luis Potosí como en otros lugares de la República, no se cumple con el contenido mínimo del derecho a la salud en cuanto a que sea accesible a la población migrante, pues como se desprende del caso, existió una grave discriminación en contra del paciente hondureño, lo que le costó la vida. Asimismo, el Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto" no reúne el grado de aceptabilidad adecuado en cuanto a la ética médica con que tiene que ser atendidos los pacientes, sin importar su origen, nacionalidad o sexo, lo que afecta y cuestiona la calidad del servicio que se brinda en dicho hospital.

Lamentablemente, la CNDH no recomendó que se implementara una campaña dirigida a la protección del derecho a la salud de las y los migrantes centroamericanos que cruzan por el territorio del estado para llegar a la frontera norte, con el fin de sensibilizar al personal médico de las clínicas y hospitales estatales, para que brinden una adecuada atención sin discriminar por motivos de origen o nacionalidad, tampoco hizo recomendación alguna dirigida a que las y los migrantes conozcan su derecho a la salud, así como los lugares a los que pueden acudir en caso de necesitar atención médica.

Capítulo 7. Frontera Norte: **Saltillo**

Capitulo redactado con la colaboración de la Casa del Migrante de Saltillo, Coahuila



"Las autoridades mexicanas son responsables de la seguridad de los migrantes en su territorio; consideramos que podrían y deberían hacer más para proteger a los cientos de hombres, mujeres y niños que arriesgan sus vidas en uno de los viajes más peligrosos en el mundo" [152]

Contexto

Si bien como hemos visto a lo largo del presente informe, la inseguridad que rodea a las y los migrantes se presenta en la mayor parte del territorio mexicano, incrementándose significativamente en las fronteras, cada una de ellas con sus particularidades son territorios inhóspitos para las y los migrantes.

En el capítulo correspondiente hemos hablado sobre lo que sucede y enfrentan los migrantes en su cruce por la frontera sur, ahora nos toca dar un panorama general de lo que sucede en la frontera norte.[153] La violencia e inseguridad que se vive en la frontera norte tiene varios años de haberse manifestado, el clima de inseguridad que se vive en esta frontera ha ido en aumento, y que muchos migrantes se enfrentaron a ella, esto debido a los enfrentamientos entre grupos de narcotraficantes que pelean las plazas de las principales ciudades fronterizas como ha ocurrido en Ciudad Juárez, Chihuahua[154] y en Tamaulipas. Sin embargo aunque la violencia cometida de manera directa en contra de las y los migrantes no es un hecho nuevo, es a partir de agosto de 2010, cuando se hace más visible tras el hallazgo de los cuerpos de 72 migrantes asesinados en el municipio de san Fernando, Tamaulipas.

El problema que actualmente vive la frontera norte, es el resultado de un largo proceso de descomposición social e institucional. La presencia de grupos delictivos vinculados al tráfico de drogas no es una novedad, su existencia se debe sobre todo a la gran demanda de drogas que se hace desde Estados Unidos, su permanencia y fortalecimiento es a causa del avance que ha tenido la corrupción a todos los niveles de gobierno, así como dentro de las corporaciones policiacas, federales, estatales y municipales. Actualmente existen regiones en la frontera norte, en las que los llamados cárteles de la droga han convertido las calles de las ciudades en escenario de acciones de extrema violencia en una lucha abierta por el control de los mercados, la infiltración que hoy padecen las policías de todos los niveles de gobierno, no sólo es para la protección de estos grupos, sino para la participación activa de miembros de las corporaciones policiacas en las filas de la delincuencia.[155]

---

[152] Rupert Knox, investigador de AI en México. CNN México. http://mexico.cnn.com/nacional/2011/03/31/ai-se-reunira-con-la-onu-para-hablar-de-abusos-a-los-migrantes-en-mexico

[153] La frontera entre Estados Unidos y México corre de este a oeste desde las ciudades estadounidenses y mexicanas respectivas de Brownsville, Texas y Matamoros, Tamaulipas, en el Golfo de México hasta las de San Diego, California y Tijuana, Baja California, en el Océano Pacifico. Corre a lo largo del rio Bravo (Conocido en EE.UU. como rio Grande), para luego cruzar los vastos trazos de los desiertos de Sonora y Chihuahua, correr un tramo del río Colorado, para luego cruzar al norte de la Baja California y llegar al Océano Pacifico. Según la Comisión Internacional de Límites y Aguas la frontera tiene una longitud de 3,185 kilómetros (1951 millas).

[154] En el caso de Ciudad Juárez es importante mencionar que este contexto de inseguridad se da desde hace poco màs de 10 años, cuando comienzan los asesinatos y desapariciones de mujeres.

[155] Sánchez, Vicente. La actual lucha del gobierno mexicano contra la delincuencia en la frontera con Estados Unidos. Colegio de la Frontera norte. http://aplicaciones.colef.mx:8080/fronteranorte/articulos/FN45/4-f45.pdf

La estrategia que ha implementado el gobierno federal en la parte norte del país para combatir la inseguridad y el narcotráfico ha sido la de establecer una estrategia militar que fortalezca la seguridad de la frontera, de tal manera que se han movilizado a poco más de 45 mil 723 elementos militares en todo el país en lo que va del sexenio de Felipe Calderón, de los cuales cerca de 5,000 fueron enviados a la frontera norte junto con poco más de 1,000 policías federales.[156]

Las entidades que mayormente han sido castigadas por las organizaciones de narcotráfico son Chihuahua,[157] Sinaloa, Baja California, Tamaulipas y Nuevo León. En la primera de diciembre de 2006 a enero de 2011 se habían registrado 10 mil 587 homicidios, de los cuales el 57% ocurrieron en Ciudad Juárez.[158] Sinaloa fue la segunda entidad con mayor número de ejecuciones en 2010, al contabilizar mil 730, Baja California, con 912 ejecutados en el mismo año y Tamaulipas registró cerca de 890 homicidios vinculados con el crimen del 2006 al 2010.[159]

Dentro de este contexto de inseguridad se mueven las y los migrantes indocumentados al momento de alcanzar la frontera norte, luego de una travesía igualmente insegura.

El presente apartado está construido con el aporte que hace la Casa del Migrante de Saltillo a partir de su experiencia en el acompañamiento que hace a las y los migrantes que llegan a buscar refugio en ella.

Saltillo

Saltillo es la capital del Estado de Coahuila, se ubica al sur de la frontera con Texas y cuenta con poco más de 700 mil habitantes. Hasta hace poco era reconocida por su impulso a la industria, principalmente de la construcción y automotriz, sin embargo, la situación ha cambiado progresivamente hasta alcanzar notoriedad nacional por otros motivos, sobre todo porque ha ido en aumento la inseguridad, sobre todo a partir de la alianza que hicieron los cárteles del Golfo y Sinaloa en contra del grupo delictivo de Los Zetas, iniciando una lucha por el control de las rutas del trasiego de droga en el noreste del país.[160]

Dentro de este contexto realiza su trabajo diario la Casa del Migrante, que en últimas fechas, como otras casas, ha sufrido amenazas por personas desconocidas[161] e incluso durante 2010, fueron víctimas de robo todo esto a pesar de contar con medidas precautorias dictadas por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH).[162]



[156] http://www.iblnews.com/story.php?id=45842
[157] La inseguridad que se vive en Ciudad Juárez, Chihuahua, fue determinante para que el GTM-Mex. Decidiera no ir a realizar investigación de campo con el fin de no poner en riesgo a ninguno de sus integrantes
[158] Ciudad Juárez se mantuvo como el municipio más violento del país con 2 mil 944 personas ultimadas, 821 más que las de 2009; 2 mil 81 más que en 2008 y muy por arriba de la cifra de 2007, cuando se cometieron 140 asesinatos relacionados con el crimen organizado http://www.blogdelnarco.com/2011/01/un-ejecutado-cada-40-minutos-en-2010.html . Alejandro Poiré secretario técnico del Consejo de Seguridad Nacional señaló que en 2010, el 50% de los homicidios se dieron prácticamente en tres entidades: Chihuahua con el 30%, Sinaloa con el 12% y Tamaulipas con el 8%. http://mexico.cnn.com/nacional/2011/01/12/15273-muertes-violentas-el-ano-pasado-por-la-lucha-contra-la-seguridad
[159] Cfr. http://portal.segob.gob.mx/archivosPortal/pdf/Informacion-sobre-el-fenomeno-delictivo-en-Mexico.pdf
[160] http://mexico.cnn.com/nacional/2011/03/15/saltillo-una-plaza-en-disputa-por-el-narcotrafico
[161] Ver http://eleconomista.com.mx/sociedad/2011/06/14/hostigan-miembros-casa-migrante-saltillo
[162] Ver http://www.cdj.com.mx/notas.php?id_n=109748

Casa del Migrante de Saltillo en la Experiencia de la Defensa de los Derechos Humanos y la Atención Integral a Personas Migrantes Centroamericanas en Tránsito por México[163]

En el año 2002, dos adolescentes migrantes fueron asesinados cerca de las vías del tren. Este hecho urgió a la Iglesia Católica a organizarse en torno a la protección de la vida de las personas migrantes y a fundar la Casa del Migrante de Saltillo (CMS) con el objetivo de brindar protección integral y defensa a los derechos humanos de las personas migrantes. Hasta la fecha, han sido hospedados alrededor de 50 mil personas migrantes originarias principalmente de Honduras, Guatemala, El Salvador y Nicaragua.

Apelando al derecho de defender los derechos humanos, cada proyecto que se ha desarrollado en la CMS responde a una necesidad real de defensa y protección a las personas migrantes en contra de los abusos cometidos de parte de delincuentes y autoridades de los tres niveles de gobierno. En los primeros momentos, el área de atención y asistencia humanitaria contribuyó a que las víctimas, forzadas a caminar en la clandestinidad, encontraran un espacio de seguridad y bienestar.

El albergue fue el espacio en donde se originó la confianza necesaria para comenzar a recabar información respecto a las violaciones de derechos humanos. Sin embargo, cabe mencionar que las personas migrantes, en su gran mayoría, se han desarrollado o vivido en contextos de violencia estructural y descomposición del tejido social, que las convierte en un grupo poblacional cuyos derechos humanos son violentados permanentemente por el Estado.

Esto ha tenido como consecuencia que no se reconozcan como sujetos de derecho desde sus países de origen y mucho menos en un país de tránsito en el que se encuentran de forma irregular. Por tanto, es labor de las y los colaboradores de la CMS recolectar todos aquellos datos estadísticos e información casuística que permita identificar los abusos y las violaciones a los derechos humanos cometidas contra migrantes, y con ello desarrollar acciones de defensoría, litigio y denuncia pública.

En los primeros años, las personas migrantes se albergaban en la CMS únicamente tres días, tiempo después del cual podían continuar su camino. Actualmente, distintos factores, entre los que destaca la violencia que se vive en las ciudades fronterizas del norte del país, los obligan a permanecer más de ese tiempo. Esta nueva situación nos ha ubicado en una realidad más compleja que aquella en la que se trabajaba y se tenía conocimiento. La violencia social y estructural que padecen en Centroamérica, unida a la violencia del camino por México y, sobre todo, a los secuestros, hace de las y los migrantes personas urgentemente necesitadas de un acompañamiento humano, pero a la vez, profesional y genuino, acorde a su contexto y al tiempo que están viviendo.

Es ante esta situación que se decide crear el área de atención y salud mental, cuyo objetivo es trabajar, tanto en lo individual como en lo colectivo, por recobrar la dignidad humana de cada persona migrante.

El presente trabajo explica las áreas que conforman el proyecto de la CMS y cómo es que éstas se han consolidado a través de la lucha por lograr la atención integral a las personas migrantes. Por último, presentamos algunas recomendaciones al Estado tendientes a proponer una política migratoria de pleno goce y disfrute de los derechos humanos.

---

[163] Artículo redactado en colaboración por la Casa del Migrante de Saltillo.

Atención Humanitaria

El área de atención humanitaria consiste en defender los derechos humanos de las personas migrantes a través de proporcionarles los suministros básicos para una vida digna. De esta forma, se defiende el derecho a la alimentación, a la salud, a la vivienda, al descanso y a la recreación, en un contexto en el que tanto sus países de origen como el de tránsito, están negando condiciones dignas de vida.

La mayoría de las personas migrantes han estado albergadas en algunas casas del migrante ubicadas a lo largo del territorio mexicano antes de entrar a la CMS, por lo que conocen cómo funciona la dinámica y reconocen que son espacios de apoyo y seguridad para ellas. Al igual que muchas otras casas, la CMS se encuentra dirigida por un grupo de personas voluntarias de entre dieciocho y veintidós años, que brindan un año de su vida para contribuir activamente en el apoyo de las personas migrantes. Su presencia ha servido de cobertura y soporte social para el proyecto; mientras que su dinamismo e ingenio han contribuido a solventar las necesidades y encontrar nuevas respuestas a un contexto sumamente cambiante y complejo.[164]

Detección de Violaciones a los Derechos Humanos

Como se ha manifestado anteriormente, dado que la CMS ofrece un espacio de seguridad que propicia la confianza, resulta relativamente fácil para las y los colaboradores del Área de Derechos Humanos, acercarse a las personas migrantes y conocer las violaciones a derechos humanos que han sufrido. Para conseguirlo se brinda una plática sobre derechos humanos, cuyo objetivo no se limita a que las personas migrantes conozcan sus derechos (puesto que la mayoría los conocen, pero no pueden ejercerlos); sino que mediante el empleo de técnicas de educación popular, reconozcan qué derechos humanos les han sido violados y hagan conciencia de la necesidad de que sus historias se documenten y se presenten como denuncia.

Después de la plática, las personas migrantes son invitadas a participar en una entrevista individual, misma que se lleva a cabo con un formato preestablecido de registro de violaciones a los derechos humanos. Esta entrevista permite una descripción amplia de cada una de las agresiones que sufrieron las personas migrantes en su tránsito por México, permitiendo detectar lugares y autoridades claves, así como testimonios textuales. Esta importante información se registra en una base de datos y sirve de fuente principal para la elaboración y retroalimentación del discurso institucional, de las planeaciones operativas y de los informes anuales de la situación de los derechos humanos de las personas migrantes en tránsito por México.

Los datos que las personas migrantes brindan al equipo de entrevistas de la CMS nos permiten concluir que la mayoría son víctimas de extorsiones y agresiones por parte de agentes policiacos y migratorios. Sin embargo, un problema que se ha documentado sistemáticamente desde hace más de tres años, es la presencia y operación de gru-

[164] Las y los voluntarios han organizado la CMS basándose en un profundo sentido de equidad, en el que todas las personas deben contribuir en igualdad de condiciones para el buen funcionamiento del espacio. En este sentido, aquellos migrantes que llevan más de tres días en la CMS, ocupan un servicio dentro del albergue, según cierta distribución ya establecida. De esta forma, algunos se encargan de la cocina, otros del patio, otros de los trastes, etc.; al mismo tiempo, todas y todos deben cooperar manteniendo el orden, la limpieza y el respeto. Estas labores son, en sí mismas, un proceso de recuperación de las personas migrantes, pues recobran identidad y valor para quien las lleva a cabo. Muchas personas migrantes han manifestado que, después de haber cooperado en algún servicio dentro de la casa, aprendieron a controlar sus emociones, a ser respetuosos con sus compañeros y a sentirse importantes, cuando nunca lo habían sentido así.

pos de la delincuencia organizada alrededor de las vías del tren y con aquiescencia de las autoridades. Esto ha desembocado en condiciones de extrema violencia e inseguridad para las personas migrantes en entidades como Chiapas, Oaxaca, Veracruz, Estado de México, San Luis Potosí, Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas, principales lugares en los que se lleva a cabo el delito del secuestro.

Como se ha documentado en varios trabajos[165], durante un secuestro las personas migrantes sufren atentados contra su dignidad e integridad física y psicológica, pues los victimarios torturan y cometen todo tipo de agresiones contra las personas cautivas.

En el caso particular de las mujeres, los secuestradores abusan sexualmente de ellas y en muchas ocasiones son obligadas a desarrollar actividades forzosas que las convierten en víctimas de trata de personas. Muchas migrantes son secuestradas y cruzan México a través de una larga cadena de bares, cantinas y otros lugares, en los que se ejerce la explotación sexual en sus modalidades de prostitución forzada; explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes; pornografía y turismo sexual. Asimismo, las mujeres son obligadas a trabajar como cocineras o encargadas de limpieza en las "casas de seguridad".

Los hombres migrantes también son víctimas de la trata de personas cuando los secuestradores los obligan a trabajar para ellos en diferentes actividades. Los testimonios constan que los hombres son forzados a trabajar en las cosechas de los secuestradores, otros deben limpiar las "casas de seguridad", cocinar para los demás migrantes y formar parte de la servidumbre de los jefes. Cabe destacar que en los últimos meses se han tenido registros de personas migrantes que fueron secuestradas por el crimen organizado para ser entrenadas en labores de sicariato y otras actividades ilícitas Lamentablemente, un número elevado de niños y adolescentes migrantes en situación irregular son reclutados, por las mismas razones que la población mexicana, por grupos de la delincuencia organizada.[166]

Las entrevistas del área de derechos humanos propiciaron el reconocimiento de las personas migrantes como víctimas en condiciones de especial vulnerabilidad y, por lo tanto, llevaron al equipo a reflexionar y rediseñar el concepto de atención integral que se quiere brindar al interior de la CMS.

Acompañamiento y Salud Mental

Las recientes modificaciones en la dinámica del proceso migratorio, el contexto de violencia estructural en Centroamérica, la situación de cooptación territorial por parte de la delincuencia organizada, las sistemáticas agresiones durante el tránsito por México y la ausencia de condiciones que permitan que las personas migrantes de forma segura, han generado que la atención al

[165] Entre estos trabajos, destacan los siguientes: Belén, Posada del Migrante, Frontera con Justicia, A.C. y Humanidad sin Fronteras, A.C. V Informe sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Migrantes en Tránsito por México, mayo del 2009, disponible en: http://www.sinfronteras.org.mx/attachments/288_Quinto%20Informe%20Sobre%20la%20Situaci%C3%B3n%20de%20los%20Derechosos%20de%20las%20Personas%20Migrantes%20en%20Tr%C3%A1nsito%20por%20M%C3%A9xico.pdf Belén, Posada del Migrante, Frontera con Justicia, A.C. y Humanidad sin Fronteras, A.C., VI Informe sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Migrantes en Tránsito por México, mayo del 2010, disponible en: http://www.diocesisdesaltillo.org.mx/multimedia/descargables/vi_informemigrantes.pdf WOLA y Centro Prodh. Un trayecto peligroso por México: violaciones a derechos humanos en contra de los migrantes en tránsito, diciembre de 2010 disponible en: http://www.wola.org/es/informes/un_trayecto_peligroso_por_mexico_violaciones_a_derechos_humanos_en_contra_de_los_migrantes Amnistía Internacional. Víctimas Invisibles. Migrantes en movimiento en México, abril de 2010, disponible en: http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/7756.pdf CNDH. Informe especial sobre secuestros a migrantes, junio de 2009, disponible en: http://www.cndh.org.mx/INFORMES/Especiales/infEspSecMigra.pdf

[166] Sobre este tema se sugiere revisar el Informe de la Red por los Derechos de la Infancia en México (REDIM) Infancia y Conflicto Armado en México, Informe alternativo sobre el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los derechos del niño relativo a la participación de niños en los conflictos armados, Red por los Derechos de la Infancia en México, enero 2011, p. 46

fenómeno migratorio requiera de mayor especialización y que las acciones de protección a las personas sean de mayor impacto.

El área de Acompañamiento y Salud Mental surge ante la necesidad de brindar a las y los migrantes una atención integral que abarque cada uno de los aspectos de su persona, de tal forma que vuelvan a concebirse como dignos de ser amados y de amar, de respetar y ser respetados y de entablar relaciones armónicas. Esta área planea y ejecuta sus acciones desde un trabajo personal y uno colectivo.

El trabajo que se realiza de manera personal inicia cuando la persona migrante es entrevistada a profundidad por una encargada del área, quien le hará preguntas para formular una historia de vida y de su camino por México; asimismo y bajo previo consentimiento del o la migrante, se le aplican pruebas psicológicas proyectivas. Este encuentro sirve para determinar el eje de atención que la persona requiere y cuál será el seguimiento pertinente.

En muchas ocasiones se requiere iniciar un acompañamiento psicológico e incluso psiquiátrico, con el objetivo de atender aquellas problemáticas manifestadas por la persona. Problemáticas que, como lo mencionamos anteriormente, pueden surgir desde sus países de origen pero se agudizan a raíz de la violencia sufrida en México.

Por otra parte, el trabajo colectivo impulsa el sentido de ser comunidad, en la que, para funcionar, es necesario el servicio, el respeto y la tolerancia. Mediante distintas actividades se propicia que las personas migrantes tengan la oportunidad de desarrollar relaciones libres de violencia. Para lograr esto, el área de Acompañamiento y Salud Mental organiza, en conjunto con el área de Atención Humanitaria, reuniones semanales de aquellos que brindan algún servicio dentro de la CMS. En esta reunión, las personas migrantes comparten sus aprendizajes y retos, así como las necesidades que tienen. De esta forma se mejora la comunicación y la comprensión, logrando una convivencia más exitosa. Asimismo, se llevan a cabo varias pláticas, dinámicas y talleres que tienen por objeto integrar a la persona y consolidar su dimensión humana desde todos los ejes que la conforman.

Las personas que por distintas circunstancias deciden vivir en Saltillo o en Monterrey también reciben seguimiento por parte del área de Acompañamiento y Salud Mental, quien en conjunto con en el área de Derechos Humanos apoya en su proceso de regularización migratoria.



Las colaboradoras del área de Acompañamiento y Salud Mental visitan esporádicamente a las y los migrantes que radican en ambas ciudades del norte, conviven con ellos en sus casas, conocen los trabajos que desempeñan y cómo funciona su vida social. Por otra parte, elaboran distintos talleres y pláticas, cuyo objetivo es potencializar el desarrollo humano y evitar, en la medida de lo posible, que las personas migrantes caigan en la depresión, el aislamiento o las adicciones.

Existen casos en los que el área de Acompañamiento y Salud Mental tiene la necesidad de canalizar a las víctimas a organizaciones que pueden intervenir en ciertas problemáticas específicas. De esta forma, la CMS se ha vinculado con organizaciones que trabajan con adicciones; violencia en contra de la mujer; discriminación a la comunidad LGBTT (homosexuales, lesbianas, bisexuales, transexuales y transgénero); asistencia espiritual; organismos que atienden a las niñas, niños y adolescentes; entre otras. En estos procesos, las personas migrantes interactúan tanto con la CMS como con la organización afín a su problemática, logrando que el apoyo y atención sean integrales.

En otros momentos, el área de Acompañamiento y Salud Mental conoce de delitos de los que ha sido víctima la persona migrante a la cual se le está llevando seguimiento, y ante ello, siempre y cuando la persona lo desee, se inicia el proceso penal correspondiente, apoyado por el área de Derechos Humanos. En tres ocasiones, mujeres migrantes víctimas de secuestro han sido canalizadas a la Fiscalía Especial para los Delitos de Violencia Contra las Mujeres y Trata de Personas (FEVIMTRA); pero que alegando razones de seguridad personal, se evitó el contacto posterior de las víctimas con la CMS. Del mismo modo, un niño migrante víctima de trata de personas fue canalizado a Casa Alianza, en la Ciudad de México, quien se encargaría de velar por su recuperación física y emocional.

Actualmente, se han canalizado algunos casos de personas migrantes con problemas de alcoholismo y drogadicción, a centros locales especializados en la atención a estas adicciones; asimismo, se ha trabajado de cerca con el Centro Estatal de Salud Mental (CESAME) para el diagnóstico y el tratamiento de ciertas personas migrantes con problemáticas psiquiátricas que requirieron hospitalización.

Reflexiones finales

Como organización de la sociedad civil cuyo objetivo es la defensa de los derechos humanos, nos pronunciamos por un urgente cambio de visión con la que el Estado percibe la migración centroamericana en tránsito por México, y las acciones para regular el ingreso y estancia de personas migrantes en situación irregular.

Es necesario que las distintas instancias gubernamentales reconozcan la tragedia humanitaria que conlleva la migración en tránsito bajo condiciones de irregularidad e inseguridad, y promuevan la elaboración e implementación de programas y acciones que garanticen una atención integral a las personas migrantes que han sido víctimas de violaciones a sus derechos humanos.

En primer lugar, rechazamos la ejecución de operativos de verificación migratoria que realiza el INM y que el gobierno ha sostenido como una estrategia de seguridad y control a la movilidad de personas centroamericanas. Además de ser ilegales, estos actos vulneran gravemente el derecho a la vida, la seguridad y a la integridad física de las personas migrantes, quienes en innumerables ocasiones han sufrido accidentes e, incluso, la muerte. Reiteramos nuestra negativa a aceptar la versión oficial de estas acciones, que las considera como parte de una estrategia que pretende dar "protección" a los migrantes para que no sean secuestrados por las bandas delictivas.

El INM se ha comprometido a brindar atención integral a las víctimas; sin embargo, desde la CMS hemos constatado en varias ocasiones la falta de voluntad de esta institución para conocer las características actuales de la población migrante y

sus necesidades específicas, y la problemática que contextualiza a la migración en tránsito y que impacta a la población. Por tanto, señalamos que el Estados mexicano y sus instituciones no cuentan con procedimientos efectivos de detección y atención integral a las víctimas. En este sentido, es urgente que el INM genere mecanismos homogeneizados y reales, comprendiendo que la atención a las personas migrantes consta de procedimientos que exigen integralidad y profesionalismo. No basta la impartición de capacitaciones a las y los agentes migratorios; es necesario un profundo cambio en la concepción de lo que significa brindar una atención que garantice la protección de la persona y la defensa de sus derechos humanos.

La mayoría de las veces, el INM llega a conocer que una persona migrante fue víctima del delito accidentalmente y no porque los agentes migratorios cumplan con su función de dar a conocer a las personas migrantes los derechos que tienen por haber sido víctimas del delito.

En aquellas ocasiones en las que se logra identificar a una víctima, el INM expide una forma migratoria para trabajar y vivir en el país (FM3), con el objetivo de que la persona migrante cuente con un estatus regular mientras se llevan a cabo las investigaciones correspondientes del delito del que fue víctima. No obstante, este permiso migratorio no representa protección real para las personas migrantes, ni tampoco puede considerarse como una reparación del daño.

La regularización migratoria es una herramienta a través de la cual se garantice legal estancia a la persona, más no es un fin en sí mismo. Se requieren acciones de política pública que garanticen protección a las personas a través de: acceso a servicios de salud, capacitación para el empleo, vivienda digna, atención psicológica, servicios educativos para las niñas, niños y adolescentes, atención especial para mujeres, entre otras acciones que trascienden las meras responsabilidades gestoras del INM e implican el compromiso, la



coordinación, la programación presupuestal y el seguimiento de varias dependencias de la Administración Pública Federal.

Por lo expuesto anteriormente, consideramos que es urgente que el Estado mexicano comience a ver a las personas migrantes como sujetos en situación de vulnerabilidad que requieren atención especial. Si bien es cierto que la dependencia que actualmente atiende el fenómeno migratorio no posee las facultades de brindar todos los servicios, ciertamente es el órgano más adecuado para generar procesos de vinculación con otras instancias federales y estatales que garanticen una verdadera recuperación a quienes han sido víctimas de algún delito. Mientras esto no suceda, la CMS y otras tantas organizaciones de la sociedad civil continuaremos asumiendo obligaciones que jurídicamente le corresponden al Estado, y éste no cumplirá con el objetivo de salvaguardar la integridad y la seguridad de toda persona que se encuentre dentro de su territorio. Violando, además, los estatutos del derecho internacional de los derechos humanos a los que se han comprometido a dar cumplimiento, por medio de la firma y ratificación de varios instrumentos.

Finalmente, insistimos en que las actividades que desarrolla el equipo de la CMS impulsan la defensa de los derechos humanos de las personas migrantes, así como la denuncia de las violaciones a esos derechos, efectuadas por comisión y omisión por parte de autoridades gubernamentales. No omitimos mencionar que la realización de nuestro trabajo ha tenido como consecuencia que el Estado mexicano desacredite las labores de defensoría y denuncia, y que ante un contacto con una población en situación de vulnerabilidad ante los grupos delictivos, nos encontremos ante niveles elevados de inseguridad y riesgo. Ante ello hacemos un llamamiento al estado mexicano porque reconozca públicamente la importancia de la defensa de los derechos humanos y garantice protección a las y los defensores de migrantes.



Conclusiones

1. La violación a los derechos humanos de las y los migrantes, en particular a sus DESC, comienza desde su lugar de origen. Resulta claro que las políticas en materia social de países como Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua, principales expulsores de migrantes hacia México limitan el ejercicio y disfrute de derechos que resultan fundamentales como el acceso a un empleo estable, salarios justos, vivienda, educación y salud, por mencionar algunos. La violación sistemática a estos derechos son la causa de que miles de personas salgan de sus países en busca de mejores condiciones de vida, sin embargo, en este caminar ven vulnerados, una vez más sus DESC, como lo es, el derecho a la salud.

2. Las reformas estructurales y el recorte presupuestal a los sistemas de salud tanto en México como en Centroamérica, han sido la causa principal de su desmantelamiento. El recorte en el presupuesto es una medida regresiva que ha tenido como consecuencia el deterioro en la infraestructura del sistema, lo que implica una reducción considerable en elementos básicos e indispensables para garantizar el derecho, como personal médico y de enfermería suficiente, abastecimiento de medicamentos y equipo médico que permita brindar una mejor atención.

   El decaimiento del sistema de salud mexicano, conlleva a graves violaciones al derecho a la salud, tanto de la población nacional, como de la población migrante, que va desde la negación a la atención médica, hasta la muerte por falta de pericia en la atención.

3. Si bien la salud es un derecho humano reconocido en la Constitución mexicana, así como en diversos instrumentos internacionales de protección a los derechos humanos de los que el Estado Mexicano es parte, como el PIDESC, y a pesar de existir una amplia legislación en materia de salud, que regula al derecho señalando la carga de obligaciones que tienen las instituciones competentes para garantizar que el acceso a la salud sea adecuado y de calidad, lo cierto es que este reconocimiento no se ha traducido en políticas públicas adecuadas, en especial una que tenga como objetivo la atención médica integral de la población migrante, basada en los principios de universalidad, igualdad, interdependencia e integralidad de los derechos humanos. En este sentido, de nada sirve tener un amplio marco jurídico si en la realidad el derecho es sistemáticamente vulnerado.

4. De acuerdo a la información recopilada en la elaboración del presente informe, podemos concluir que otro elemento que converge en la violación al derecho a la salud, es la falta de sensibilización en cuanto al respeto de los derechos humanos, por parte del personal encar-

gado de brindar la atención médica. Esto se refleja en los actos de discriminación y malos tratos de que han sido objeto las y los migrantes que han sido atendidos en instituciones de salud mexicanas.

5. A esta ausencia de sensibilidad se suma el desconocimiento que tienen las y los migrantes con relación a sus derechos humanos, en particular al derecho a la salud. El hecho de no considerarse como sujetos de derechos dentro del territorio mexicano, tiene como resultado que no exijan el respeto de su derecho a la salud y que en caso de violación prefieran el silencio y la no denuncia a malos tratos, discriminación, violencia o negligencia médica.

6. Asimismo, la estrategia de seguridad nacional implementada por el gobierno federal ha influido en la estigmatización y criminalización de la migración, en especial de aquella que se hace de manera irregular o indocumentada. La violación a los derechos humanos de las y los migrantes no debe ser vista única y exclusivamente desde un punto de vista de seguridad nacional, es urgente que las autoridades federales, estatales y municipales incorporen en su política migratoria la protección integral a los derechos económicos, sociales y culturales de las y los migrantes. Esta estrategia tendrá que verse reflejada tanto en la elaboración y puesta en marcha de políticas públicas que garanticen estos derechos, como en la fijación de presupuesto que permita desarrollar la estrategia.

En este punto es importante repetir y considerar lo dicho por el Relator Especial sobre Migración que ha señalado que *"la gestión de la migración basada en las leyes penales tiende a hacer caso omiso de la dimensión de derechos humanos de la migración y a centrar la atención exclusivamente en medidas para resolver la cuestión de la migración irregular fortaleciendo los controles fronterizos y penalizando a los facilitadores y a los propios migrantes. El empleo de medidas penales en la gestión de la migración socava los derechos humanos de los migrantes y puede impedir, directa o indirectamente, su acceso a derechos sociales básicos, en particular el cuidado de la salud, la educación y la vivienda. En algunos casos, esas medidas dan lugar también a múltiples formas de discriminación y, en casos extremos, también han puesto en peligro o han violado el derecho a la vida.*

7. En consecuencia, en la estrategia de seguridad implementada por el gobierno federal, hay una ausencia de una línea de acción en la que se contemple la atención integral de personas migrantes indocumentados y en tránsito que han sido víctimas de la delincuencia organizada. No se ha dado la importancia a la atención médica y psicológica a migrantes que han sido secuestrados, violentados sexualmente o que han sido testigos del asesinato de familiares o compañeros de viaje.

A pesar de que el INM se ha comprometido a brindar atención integral a las víctimas; la falta de voluntad de esta institución para conocer las características actuales de la población migrante y sus necesidades específicas, así como la problemática que contextualiza a la migración en tránsito, conlleva a graves violaciones a los derechos humanos.

8. La regularización migratoria es una herramienta a través de la cual se garantiza la legal estancia a la persona migrante, más no es un fin en sí mismo. Se requieren acciones de política

pública que garanticen protección a las personas a través de: acceso a servicios de salud, capacitación para el empleo, vivienda digna, atención psicológica, servicios educativos para las niñas, niños y adolescentes, atención especial para mujeres, entre otras acciones que trascienden las meras responsabilidades gestoras del INM e implican el compromiso, la coordinación, la programación presupuestal y el seguimiento de varias dependencias de la Administración Pública Federal.

9. La violación al derecho a la salud de las y los migrantes durante su paso por México, es consecuencia de un problema estructural que vive el Sistema Nacional de Salud desde la década de los noventa y que en mucho tiene que ver con la falta de recursos que se destinan al rubro de salud. Esta situación afecta de igual manera a la población nacional que a la población migrante.

10. La falta de indicadores que permitan medir el número de migrantes indocumentados que han sido atendidos en las instituciones de salud, implica también una grave violación a los derechos humanos, sobre todo en el caso de enfermedades graves como el VIH. Este vacío impide que se pueda evaluar la atención que reciben las personas que se encuentran contagiadas además de que no existen elementos que nos permitan saber si se han tomado medidas tendientes a informar y prevenir.

Recomendaciones

Al Ejecutivo:

- Es urgente que exista un cambio en la estrategia de seguridad implementada en el país, con el fin de que la migración deje de ser criminalizada y perseguida y en su lugar se adopten medidas que permitan garantizar los DESC de este grupo.

  Un cambio importante sería la creación de políticas públicas tendientes a garantizar el acceso a la salud de las y los migrantes centroamericanos que cruzan por México, así como la salud de sus familias, para lo cual es importante etiquetar el presupuesto correspondiente en el ejercicio presupuestario 2012. Crear políticas públicas y programas que atiendan la salud de más familias de los emigrantes.

- Elaborar políticas públicas en respuesta a la vinculación entre migración y VIH/SIDA con la cooperación de autoridades a nivel regional y federal

  Es importante que el ejecutivo ordene al INM generar procesos de vinculación con otras instancias federales y estatales a fin de que se garantice una verdadera recuperación a quienes han sido víctimas de algún delito.

- Promover que los migrantes sean tratados como sujetos de derechos, para esto se necesitan políticas de migración que salvaguarden la dignidad humana Se propone pensar en términos de contextos de riesgo y no de grupos de riesgo, dado que esto último genera estigmatizaciones y exclusiones.

- Es urgente mejorar y fortalecer la capacitación de los funcionarios y servidores públicos que brindan atención a las y los migrantes, en materia de derechos humanos, en especial de los DESC, con el fin de que se pueda garantizar una atención adecuada en materia de salud. Esta capacitación se debe dirigir de manera prioritaria a los servidores públicos de clínicas y hospitales en todos los niveles, desde trabajadores sociales, enfermeras, médicos hasta directivos, desde la perspectiva de los derechos humanos y el derecho humanitario.

- Incrementar la difusión y promoción de los derechos humanos de las y los migrantes, en coordinación con los gobiernos estatales y municipales, especialmente del derecho a la salud, con el fin de disminuir el racismo y la xenofobia y el efecto que éstas tienen en los migrantes.

- Promover la participación de la sociedad civil al interior del Estado para coadyuvar en la creación de políticas públicas que permitan la protección de los derechos humanos de las y los migrantes.

- Priorizar la presencia de servicios especializados de salud mental en el medio rural.

- Hacer eficiente el Sistema de Salud de Emergencias para evitar trámites como el llenado de formatos y pagos que impiden una atención oportuna y de calidad para las personas migrantes.

- Establecer mecanismos de colaboración para logar una mayor articulación entre instituciones de salud pública a nivel estatal para canalizar y aceptar a casos de emergencias de migrantes, con el fin de dar atención inmediata y oportuna a quienes así lo requieren.

- Garantizar la seguridad de las casas del migrantes y organizaciones que se dedican a la protección y defensa de los derechos humanos de las y los migrantes.

- Retomamos la recomendación hecha por el Comité para la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares en el sentido de que es importante que se continúen tomando medidas adecuadas para mejorar las condiciones de la detención en las estaciones migratorias y lugares de aseguramiento de migrantes de conformidad con los estándares internacionales; se investiguen las denuncias de maltratos y tratos degradantes cometidos por funcionarios públicos en las estaciones migratorias y otros lugares de aseguramiento y se sancione penalmente a los responsables.

Al Legislativo:

- Etiquetar dentro del Presupuesto de Egresos que se asigna al gasto en salud, un rubro específico que contemple el acceso y protección del derecho a la salud de las y los migrantes, privilegiando a los que se encuentran en el país de manera irregular.

- A partir de la reforma constitucional en materia de derechos humanos, legislar para que en la Ley General de Salud, se establezca un apartado específico en el que se reconozca y se garantice el derecho a la salud de las y los migrantes sobre todo aquellos que por su situación migratoria resultan más vulnerables.

A la CNDH:

- La presencia de organismos de Derechos Humanos y de representantes de medios de comunicación ha abierto las puertas de hospitales y clínicas para brindar atención a los migrantes, pero esto no debería ser así. Por lo que tanto la CNDH en coordinación con la Comisiones estatales de derechos humanos, podrían desarrollar e implementar una capacitación

para servidores públicos de la salud para que, como parte de sus cursos de profesionalización, se creara sensibilización respecto al tema de migrantes en tránsito.

- Diseñar e implementar de manera conjunta con las comisiones estatales, campañas de información dirigidas a las y los migrantes sobre sus derechos humanos.

A los gobiernos locales:

- Establecer políticas públicas dirigidas a la protección de los derechos humanos de las y los migrantes, dentro de las cuales se contemple una amplia campaña informativa que permita sensibilizar a sus habitantes sobre la situación y los derechos de esta población.

- Solicitar en el Presupuesto de Egresos 2012, se fije un incremento al rubro de salud destinado a las entidades federativas, con el fin de que cuenten con recursos que les permitan mejorar y garantizar la atención adecuada de las y los migrantes en materia de salud.

- Capacitar al personal de clínicas y hospitales sobre la urgencia de proteger y garantizar de manera integral, los derechos humanos de las y los migrantes, en especial, el derecho a la salud.

- Garantizar, en coordinación con el gobierno federal, la seguridad de las casas del migrante y organizaciones que se dedican a la protección y defensa de los derechos humanos de esta población.

A las organizaciones de la sociedad civil:

- Incrementar y fortalecer el trabajo en redes para la defensa y protección de los derechos humanos de las y los migrantes, privilegiando la construcción de relaciones estratégicas entre aquellas que abordan de manera integral e interdependiente los derechos económicos sociales y culturales. Esto con el fin de visibilizar la situación de vulnerabilidad que guardan estos derechos para las y los migrantes indocumentados que cruzan por el país y construir estrategias de denuncia e incidencia que permitan mejorar el acceso a los DESC.

Anexo

Distrito Federal*

Contexto

El Distrito Federal (DF)[167] en la actualidad en comparación con otras entidades federativas, se ha colocado como uno de los lugares en general "más seguros" del país. Esto no quiere decir que el DF se encuentre libre de la comisión de delitos de todo tipo incluyendo acciones en contra de migrantes, al contrario, se ha registrado un aumento considerable en los delitos del fuero común, sin embargo, en comparación con otros estados, hasta el momento no se han registrado enfrentamientos entre grupos armados que pongan en grave peligro la seguridad de su población.[168]

Asimismo, en comparación con las otras entidades federativas, el DF sobresale por el valor de su Índice de Desarrollo Humano (0.8837), ubicándose como la entidad con el nivel más alto en la República Mexicana, superando el índice nacional. El índice de marginación, establecido por el Conapo para determinar el grado de pobreza extrema por entidad federativa, señala que al Distrito Federal correspondía, en el año 2000, el menor índice del país (-1.5294).[169]

Derecho a la Salud

En el rubro de la salud, el DF es la entidad federativa que destina el mayor gasto público en salud per cápita, tiene el promedio más alto de médicos por cada mil habitantes y el promedio más alto de camas por cada mil habitantes. Más del 50% de los habitantes del DF son derecho habientes. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cubre el 64.1% de la población y el 22.3 % la cubre el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

A pesar del mayor acceso a los servicios de salud de la población en el DF se registran las tasas más altas de mortalidad nacional por diabetes mellitus, de mortalidad por cáncer mamario y de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón. Igualmente en el DF se registra la tasa más alta de casos de SIDA, 22,984 al 30 de junio del 2010.

---

* Elaborado por Alicia Carriquiriboide, FIAN-México.

[167] Colinda con el Estado de México al norte, al este y al oeste; al sur colinda con el Estado de Morelos. Está integrado por 16 delegaciones políticas (Álvaro Obregón, Azcapotzalco, Benito Juárez, Coyoacán, Cuajimalpa, Cuauhtémoc,Gustavo A. Madero, Iztacalco, Iztapalapa, La Magdalena Contreras, Miguel Hidalgo, Milpa Alta, Tláhuac, Tlalpan, Venustiano Carranza, Xochimilco). Con 482 localidades; es una de las entidades más pobladas, la más urbanizada y es el centro político, económico y cultural del país sede del Gobierno Federal. Cuenta con una población de 8,873.017 personas según el Censo de Población y Vivienda 2010(datos preliminares), de las cuales 4,627, 024 son mujeres y 4,245.993 son hombres. 1 827 644 personas que habitaban la entidad en el año 2000 eran originarias de otra entidad federativa, y 56 187 personas eran originarias de otro país. Cfr. INEGI:http://www.censo2010.org.mx/doc/cpv_pres.pdf.

[168] Según datos de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, en el último año, los delitos del fuero común, en general, registraron un aumento de 19 por ciento. Cfr. http://www.milenio.com/node/694421

[169] http://www.eluniversal.com.mx/notas/747610.html

Con relación al fenómeno migratorio en el DF se constituyó en gran parte con flujos migratorios provenientes del interior del país (medio rural y pequeñas ciudades fundamentalmente) alberga también un número importante de extranjeros de diversa procedencia (según datos del año 2007 del INM, en el DF habitaban hasta esa fecha 49 mil 766 personas extranjeras.

Otro aspecto importante, relacionado con los flujos migratorios, es que esta entidad representa el 5° lugar de expulsión de migrantes a nivel nacional, además de tener una movilidad constante de migrantes nacionales y extranjeros. Por lo tanto podría considerarse, que en la actualidad, en el Distrito Federal se presentan los tres fenómenos migratorios: expulsión, recepción y tránsito de personas extranjeras que se dirigen hacia otros destinos. Este universo está conformado por trabajadoras y trabajadores migratorios, sus familiares, solicitantes de asilo, personas refugiadas, estudiantes, comerciantes, empresarios, artistas y de muchas personas que por diversos motivos recalan en el DF.

Los inmigrantes que se encuentran temporal o definitivamente en el DF (sobre todo si su condición es la de ser pobres, de origen indígena o campesino) viven situaciones específicas que los colocan como personas que están en situación de vulnerabilidad por tener dificultades para acceder a los bienes materiales y jurídicos para una vida digna.

Reconocimiento del Derecho a la salud

En el mes de febrero de 2011, la Asamblea Legislativa aprobó la Ley de Interculturalidad, Atención de Migrantes y Movilidad Humana, en la que se establece que *"cualquier persona que pase por el Distrito Federal, sin importar su calidad migratoria, podrá acceder a los programas y servicios que otorga el gobierno capitalino".* [170]

Con la aplicación de esta nueva legislación se evitará, según las autoridades legislativas, que las personas provenientes de otras naciones, que están de tránsito, permanencia temporal o definitiva, y los que buscan refugio o asilo, no sean criminalizadas y se evite su persecución. Cabe señalar que será importante su reglamentación y las medidas que se tomen para perseguir la trata y secuestro de personas, además del diseño de una política pública coherente, interesada verdaderamente en avanzar concretamente en el cumplimiento de los derechos humanos de las personas extranjeras con o sin legal estancia en México para el goce efectivo de esta garantía por parte de los sujetos protegidos por esta Ley.

Como se ha señalado, teniendo en cuenta la interdependencia de los derechos humanos, el derecho humano a la salud está íntimamente ligado a los demás derechos humanos, tanto económicos, sociales y culturales, como civiles y políticos, por lo que todas las instituciones sociales del Gobierno están obligadas a confluir para atender todo los asuntos relacionados con el respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos. Para los fines de este Informe mencionaremos las instituciones responsables de la salud del DF así como la legislación que reconoce y protege el derecho.

La Ley General de Salud para el DF es el instrumento local en el que se reitera la garantía constitucional del derecho humano a la salud, es el referente para la formulación de las políticas públicas sobre salud en el Distrito Federal.

El Art.2 fracción VIII establece que se entiende por servicio de salud *"a todas aquellas acciones que se*

[170] El Universal/24 de febrero del 2011

realizan en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad; éstos se considerarán como servicios públicos de salud a la población en general, cuando se presten por establecimientos públicos de salud a la población en el Distrito Federal que así lo requiera, regidos por criterios de universalidad, equidad y gratuidad"[171]

En el Artículo 3 se reconocen a las autoridades responsables de observar el cumplimiento de la Ley en el DF, entre las que se encuentran La Secretaría de Salud, exclusivamente, en el ámbito de competencia que le confiere la Ley General, y el Gobierno del Distrito Federal (GDF), que podrá delegar en sus órganos administrativos.

Otros instrumentos jurídicos que pueden ser considerados para el cumplimiento del derecho humano a la salud en el DF son:

- Ley para Prevenir y Erradicar la Discriminación en el Distrito Federal
- Ley de Desarrollo Social para el Distrito Federal, en donde se considera el principio de equidad social para todas las personas inclusive su origen nacional.
- Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, la cual en su artículo 1° establece que las disposiciones incluidas en su texto son de orden público e interés social y tendrán aplicación en el Distrito Federal en materia local de derechos humanos respecto de las personas mexicanas y extranjeras que se encuentren en su territorio.

A partir de la aprobación de la Ley de Interculturalidad, Atención de Migrantes y Movilidad Humana será posible la aplicación de las disposiciones de la Ley.[172]



Hay que tener en cuenta también, y es importante para demandar el cumplimiento de este derecho ante las violaciones efectuadas por diferentes agentes estatales, que no existe impedimento legal para que el GDF proporcione servicios y atención médica a personas extranjeras cualquiera sea su condición; además de la Ley recientemente aprobada, en el Estatuto de Gobierno del DF (artículos 5 y 16) se considera que: *"En el Distrito Federal todas las personas gozan de las garantías que otorga la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tendrán los derechos y obligaciones que establece el Estatuto y las leyes correspondientes, y según el artículo 6° del mismo Estatuto, tienen derecho a la prestación de los servicios públicos".*[173]

En cuanto a los programas y servicios sociales que las dependencias del GDF ofrecen a la ciudadanía solamente mencionaremos aquí aquellos que podrían brindar asistencia médica a las y los migrantes y que la ley y las reglas de operación no excluyen a extranjeros si cumplen con los requisitos exigidos, motivo por el cual es muy difícil que este sector pueda acceder a estos programas.

---

[171] Ley General de Salud para el Distrito Federal Texto Vigente publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de l987. (http://www.sma.df.gob.mx/sma/links/download/biblioteca/leyes_equidad/local/11_ley_salud__df.pdf

[172] http://www.aldf.gob.mx/comsoc-aprueban-comisiones-ley-hospitalidad-interculturalidad-atencion-migrantes-y-movilidad-humana--7171.html c

[173] http:/www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/10pdf



Programas de servicios médicos y medicamentos gratuitos[174], el cual es operado por la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias Jefatura de Unidad Departamental Gratuidad. Entre los requisitos que solicita para que las personas puedan acceder al programa se encuentran:

- Acreditar ser residente del DF, para lo cual se deberá entregar copia simple de comprobante de domicilio vigente, recibo de luz, gas, teléfono, predial o credencial de elector.
- Acreditar identidad del solicitante y en su caso de cada uno de sus dependientes, para lo cual se deberá entregar copia simple de alguna identificación oficial, credencial de elector, pasaporte, o cartilla del servicio militar nacional para los mayores de edad y acta de nacimiento o constancia escolar con fotografía en el caso de menores de edad.
- No estar afiliados a las instituciones de seguridad social.
- Firmar la Cédula de afiliación que proporciona gratuitamente en las unidades médicas del Gobierno del Distrito Federal.
- La inscripción se realiza en trabajo social en días hábiles y días festivos en turno matutino y vespertino sin ninguna distinción, siempre y cuando se cumplan los requisitos antes señalados.

En cuanto a este programa la ley y las reglas de operación no restringen a las personas extranjeras, basta con que cumplan con los requisitos que se requieren a todas las personas que solicitan el apoyo o de lo contrario se deberá acudir al área de trabajo social para que se valore la situación y se inscriba en el padrón para ser beneficiario.

[174] http://www.sideso.df.gob.mx/index.php?id=83

Quejas y denuncias de violaciones del derecho humano a la salud denunciadas ante la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal

Quejas presuntamente violatorias	
Año	**Quejas Violatorias**
2008	**0**
2009	**5**
2010	**5**
Total	**10**
Fuente: CDHDF. Subdirección de Información. DGQyO	

Tipo de violaciones calificadas			
Tipo de violaciones	**2009**	**2010**	**Total**
Obstaculización, restricción o negativa a la atención médica	**4**	**4**	**8**
Obstaculización, restricción o negativa a atención médica especializada a los pacientes que la requieran	**1**		
Ausencia de medicamentos		**2**	**2**
Obstaculización o negativa al acceso a los servicios de salud.		**1**	**1**
Total	**5**	**7**	**12**
Fuente: CDHDF. Subdirección de Información. DGQyO			

En una queja puede calificarse la afectación de uno o más tipos de violaciones, por tanto son 12 presuntas violaciones en las 10 quejas que se reportan. Es importante mencionar que la información de la calificación de derechos humanos. Autoridades señaladas como posibles responsables.

Bibliografía

ACNUR México (2009) Estudio sobre la integración local de las personas refugiadas en México, México, D.F.

ALBA, Francisco, et al. Los grandes problemas de México III. Migraciones Internacionales. Colegio de México, 2010

AMNISTÍA INTERNACIONAL. Víctimas Invisibles. Migrantes en movimiento en México, abril de 2010, disponible en: http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/7756.pdf

ARRIAGA, Irma, et al. Políticas y programas de salud en América latina. Problemas y propuestas. CEPAL, Santiago de Chile, 2005

ARTOLA, Juan. Tráfico de Personas: cruce de fronteras, documentos de identidad y principales rutas. Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

BACA TAVIRA, Norma (2009) "Migración y gobierno. Atención a migrantes internacionales en el estado de México" Gaceta Laboral, vol. 15, núm. 3, septiembre-diciembre, 2009, Venezuela, Universidad Zulia.

BELÉN, Posada del Migrante, Frontera con Justicia, A.C. y Humanidad sin Fronteras, A.C. V Informe sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Migrantes en Tránsito por México, mayo del 2009, disponible en: http://www.sinfronteras.org.mx/attachments/288_Quinto%20Informe%20Sobre%20la%20Situaci%C3%B3n%20de%20los%20Derechosos%20de%20las%20Personas%20Migrantes%20en%20Tr%C3%A1nsito%20por%20M%C3%A9xico.pdf

BELÉN, Posada del Migrante, Frontera con Justicia, A.C. y Humanidad sin Fronteras, A.C., VI Informe sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Migrantes en Tránsito por México, mayo del 2010, disponible en: http://www.diocesisdesaltillo.org.mx/multimedia/descargables/vi_informemigrantes.pdf

BUSTAMANTE, Jorge, Derechos humanos de los migrantes. Informe del Relator Especial sobre los derechos humanos de los migrantes. 2009 http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N10/474/91/PDF/N1047491.pdf?OpenElement

BRONFMAN, Mario, et. all, Migración y sida en México y América Central; una revisión de la literatura, México, Ángulos del SIDA, 1998

CABALLERO Marta, René Leyva, Sandra Catalina Ochoa Marín, Ángel Zarco, Claudia Guerrero (2008), "Las mujeres que se quedan: migración e implicación en los procesos de búsqueda de atención de servicios de salud. Redalyc. Sistema de Información Científica.
http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10650307

CANALES, Alejandro, et al. Migración y salud en zonas fronterizas: informe comparativo sobre cinco fronteras seleccionadas Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL Santiago de Chile, octubre de 2010

CASILLAS, Rodolfo (2008) Las rutas de los centroamericanos por México, un ejercicio de caracterización, actores principales y complejidades, Migración y Desarrollo, Número 010, Red Internacional de Migración y Desarrollo, Zacatecas, México.

CNDH. Informe especial sobre secuestros a migrantes, junio de 2009, disponible en: http://www.cndh.org.mx/INFORMES/Especiales/infEspSecMigra.pdf

CNDH. Recomendación No. 64/2010. Sobre el caso de violación al derecho a la salud y a la vida en perjuicio de "V" migrante de nacionalidad Hondureña. 27 de octubre de 2010

CENSIDA, Personas infectadas por el VIH, según entidad federativa. México, 1995-2008

CODHEM (2005) Migración y Derechos Humanos, Octavo certamen de ensayos sobre derechos humanos, Toluca, México.

CODHEM (2003) Órgano Informativo de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, Año 10, Núm. 62, julio-agosto de 2003, Metepec, México

COESPO (2009) Una mirada hacia el Estado de México, Toluca, Estado de México

COESPO, Informe de Investigación sobre la situación de los michoacanos en Estados Unidos.

COMITÉ DESC. Observación general No. 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artíclo 12).
http://www.escr-net.org/resources_more/resources_more_show.htm?doc_id=428717&parent_id=425976

CONAPO (2001) La población de México en el Nuevo Siglo, México, DF

CONAPO y del Censo Norteamericano en CONAPO, Proyecto de investigación sobre la situación de los Michoacanos en Estados Unidos, Michoacán, 2004

DEBIDO PROCESO LEGAL (DPL). La crisis de derechos humanos en la Frontera Sur de México. 2008.

EL DERECHO A LA SALUD. Procurador de los derechos humanos, Guatemala, C.A., mayo de 2010.

EXCLUSIÓN EN SALUD. Estudio de caso. Bolivia, El Salvador, Nicaragua, México y Honduras. Serie técnica extensión de la protección social en salud. Serie No. 2, Octubre, 2009

EXCLUSIÓN SOCIAL EN SALUD en comunidades de municipios de Honduras. Secretaría de Salud de Honduras. Programa de accesos a servicios de salud. OPS/OMS-Asdi.

GOBIERNO DEL ESTADO DE MICHOACÁN, Situación de los Michoacanos en Estados Unidos, informe de investigación, disponible en http://www.michoacan.gob.mx/Estadistica_Michoacanos_EU.

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO, Programa Estatal de Salud del Estado de México. 2005 – 2011, México, Secretaría de Salud.

GONZÁLEZ ORTIZ, Felipe y ZEPEDA, Pedro (2002). Caracterización de los emigrantes mexiquenses, México. El Colegio Mexiquense.

GONZÁLEZ O., Felipe (2005) Migrantes en el Estado de México: patrones migratorios diversos y formas de organización, Ciencia Ergo Sum, marzo-junio año/vol. 12 núm. 001 Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.

INEGI (2010) Estadísticas a propósito del Día Mundial de la Población, Estado de México, Toluca, México.

INEGI (2000). XII Censo General de Población y Vivienda 2000. http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484

INEGI, Comisión Nacional de Derechos Humanos y Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humano. Indicadores sobre el Derechos a la Salud en México. México, 2011

INFORME ALTERNATIVO al IV informe periódico del Estado mexicano sobre la aplicación del PIDESC http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/info-ngos/mexico-coalition_Sp.pdf

INFORME AL EJECUTIVO FEDERAL y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2006-2007

INFORME DE LA RED POR LOS DERECHOS DE LA INFANCIA EN MÉXICO (REDIM) Infancia y Conflicto Armado en México, Informe alternativo sobre el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los derechos del niño relativo a la participación de niños en los conflictos armados, Red por los Derechos de la Infancia en México, enero 2011

LAS REFORMAS DE SALUD y la modificación de principios de seguridad social. CEPAL-Documentos de proyectos. Santiago de Chile, 2005.

OBSERVACIÓN GENERAL No. 19 sobre el derecho a la seguridad social

PÉREZ ARGÜELLES, Mariana (compiladora). Cinco miradas sobre el derecho a la salud. Estudios de caso en México, El Salvador y Nicaragua. Fundar, Centro de Análisis e Investigación A.C., México 2010.

PLAN NACIONAL DE SALUD 2007-2012.
http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf

SÁNCHEZ, Vicente. La actual lucha del gobierno mexicano contra la delincuencia en la frontera con Estados Unidos. Colegio de la Frontera norte. http://aplicaciones.colef.mx:8080/fronteranorte/articulos/FN45/4-f45.pdf

SANDOVAL TERÁN, Areli. Comprendiendo los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESCA). DECA Equipo Pueblo, A.C., México, 2007

SECRETARÍA DE SALUD, Programa de Acción Específico 2007-2012, Salud del Migrante, Primera edición, México.

SECRETARÍA DE SALUD (2009) Estrategia Integral del Atención al Migrante, 4 Curso de Salud y Migración, 67 Jornada de Salud Informativa del IME, Puebla, Puebla.

SEGOB (2010) Boletín Mensual de Estadísticas Migratorias, Instituto Nacional de Migración, Centro de Estudios Migratorios, México, D.F.

SITUACIÓN DE LA SALUD EN LAS AMÉRICAS: Indicadores básicos 2009. Organización Panamericana de la Salud (OPS).

SITUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA. Instituto de Investigaciones Aplicadas al Ambiente y Desarrollo (CIAAD), noviembre de 2010

WOLA y Centro Prodh. Un trayecto peligroso por México: violaciones a derechos humanos en contra de los migrantes en tránsito, diciembre de 2010 disponible en: http://www.wola.org/es/informes/un_trayecto_peligroso_por_mexico_violaciones_a_derechos_humanos_en_contra_de_los_migrantes

Sitios web

Blog del narco. http://www.blogdelnarco.com/

Centro de Análisis Multidisciplinario (CAM) de la facultad de Economía de la Universidad Nacional Autónoma de México.
http://www.economia.unam.mx/cam/index.htm

CODHEM
www.codhem.org.mx/

Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), http://www.cndh.org.mx/

Consejo Nacional de Población
http://www.conapo.gob.mx/

Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados
http://www.comar.gob.mx/

Gobierno del Estado de Chiapas.
http://www.chiapas.gob.mx/

Gobierno del Estado de México
http://portal2.edomex.gob.mx/edomex/temas/salud/index.htm

Instituto Nacional de Migración http://www.inami.gob.mx/index.php/page/Boletines_Estadisticos

Secretaría de gobernación. http://portal.segob.gob.mx/

Secretaría de Salud
http://www.salud.gob.mx/

Secretaría de Salud en Chiapas.
http://www.oem.com.mx/elsoldetijuana/notas/n2146533.htm

Secretaría de Salud del Estado de México
http://salud.edomexico.gob.mx/html/index.php

Instituto de Salud del Estado de México
http://salud.edomexico.gob.mx/html/index.php

Instituto Nacional de Estadística de Guatemala. http://www.ine.gob.gt/

Instituto Nacional de Estadística de Honduras. http://www.ine.gob.hn/drupal/node/210

Instituto Nacional de Información de Desarrollo www.inide.gob.ni

IGECEM
http://igecem.edomex.gob.mx/

INEGI
http://www.inegi.org.mx/

IMSS
http://www.imss.gob.mx/

Ministerio de Salud. http://www.salud.gob.sv/index.php/temas/politicas-sectoriales/vigilancia-sanitaria/informacion/indicadores/193
Oxfam. http://www.intermonoxfam.org/es/page.asp?id=904

Telesur. http://multimedia.telesurtv.net/20/1/2011/25008/aumenta-el-desempleo-en-el-salvador/

Hemerografía

Cambio de Michoacán, http://www.cambiodemichoacan.com.mx/

CNN México

El Universal http://www.eluniversal.com.mx/

Excélsior http://www.excelsior.com.mx/

El Economista. http://eleconomista.com.mx/

La Jornada http://www.jornada.unam.mx/ultimas/

Las tres y un cuarto. Rincón para compartir. http://lastresyuncuarto.wordpress.com

Milenio.com http://www.milenio.com/

Salvador.com http://www.elsalvador.com/

Legislación Nacional

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Chiapas

Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México (1995)

Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca.

Constitución Política del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí

Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Zacatecas

Ley de Salud del Estado de Chiapas

Ley General de Población.

Ley General de Salud para el Distrito Federal

Ley de Nacionalidad

Ley de Refugiados.

Ley General de Salud.

Ley reglamentaria del artículo 73 frac XVI de la Constitución Mexicana

Ley para prevenir y sancionar la trata de personas.

Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre sin Violencia

Legislación Internacional

Convención sobre los Derechos del Niño

Constitución de la Organización Munidal de la Salud (OMS)

Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares

Declaración Universal de los Derechos del Hombre.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)



ESPACIO DESC

PLATAFORMA INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, DEMOCRACIA Y DESARROLLO

centro de investigación y promoción social A. C.

CAM
Centro de Estudios Sociales y Culturales
Antonio de Montesinos, A.C.

FIAN MEXICO

ICCO

novib OXFAM NETHERLANDS

Hivos
Economic and Cultural development in Africa, Asia, Latin America and South- east Europe